

ANNÉE 1926

# THÈSE

N° \_\_\_\_\_

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

HENRI WELTI

Interne Médaille d'Or des Hôpitaux de Paris

Prosecteur à la Faculté de Médecine

Né à Paris, le 9 Juin 1895

---

UNE CAUSE PEU CONNUE D'ÉCHEC

APRÈS

LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE

## Les Sténoses chroniques incomplètes

SOUS-VATÉRIENNES

## DU DUODÉNUM

---

*Président : M. P. DUVAL, Professeur*

---

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

---

1926

I. — PROFESSEURS

|                                                                        | MM.           |
|------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Anatomie. . . . .                                                      | NICOLAS.      |
| Anatomie médico-chirurgicale. . . . .                                  | CUNÉO.        |
| Physiologie. . . . .                                                   | ROGER         |
| Physique médicale. . . . .                                             | STROHL.       |
| Chimie organique et chimie générale. . . . .                           | DESGREZ.      |
| Bactériologie. . . . .                                                 | N..           |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale. . . . .                  | BRUMPT.       |
| Pathologie et thérapeutique générales. . . . .                         | Marcel LABBÉ. |
| Pathologie médicale. . . . .                                           | SICARD.       |
| Pathologie chirurgicale. . . . .                                       | LECENE.       |
| Anatomie pathologique. . . . .                                         | ROUSSY.       |
| Histologie. . . . .                                                    | PRENANT.      |
| Pharmacologie et matière médicale. . . . .                             | N..           |
| Thérapeutique. . . . .                                                 | CARNOT.       |
| Hygiène. . . . .                                                       | Léon BERNARD. |
| Médecine légale. . . . .                                               | BALTHAZARD.   |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie. . . . .                    | MÉNÉTRIÉR.    |
| Pathologie expérimentale et comparée. . . . .                          | N..           |
| Clinique médicale. . . . .                                             | GILBERT.      |
|                                                                        | BEZANÇON.     |
|                                                                        | ACHARD.       |
|                                                                        | WIDAL.        |
| Hygiène et clinique de la première enfance. . . . .                    | MARFAN.       |
| Clinique des maladies des enfants. . . . .                             | NOBÉCOURT.    |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale. . . . . | H. CLAUDE.    |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . . .               | JEANSELME.    |
| Clinique des maladies du système nerveux. . . . .                      | GUILLAIN.     |
| Clinique des maladies infectieuses. . . . .                            | TEISSIER.     |
|                                                                        | DELBET.       |
| Clinique chirurgicale. . . . .                                         | HARTMANN.     |
|                                                                        | LEJARS.       |
|                                                                        | GOSSET.       |
| Clinique ophtalmologique. . . . .                                      | TERRIEN.      |
| Clinique urologique. . . . .                                           | LEGUEU.       |
|                                                                        | COUVELAIRE.   |
| Clinique d'accouchements. . . . .                                      | BRINDEAU.     |
|                                                                        | JEANNIN.      |
| Clinique gynécologique. . . . .                                        | J -L FAURE.   |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie. . . . .                 | OMBRÉDANNE.   |
| Clinique thérapeutique médicale. . . . .                               | VAQUEZ.       |
| Clinique oto-rhino-laryngologique. . . . .                             | SEBILEAU.     |
| Clinique thérapeutique chirurgicale. . . . .                           | DUVAL.        |
| Clinique propédeutique. . . . .                                        | SERGENT.      |
| Professeur sans chaire. . . . .                                        | ROUVIÈRE.     |

## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

|                        |                                         |
|------------------------|-----------------------------------------|
| ABRAMI . . . . .       | Pathologie médicale                     |
| ALGLAVE . . . . .      | Pathologie chirurgi-<br>cale            |
| AUBERTIN . . . . .     | Pathologie médicale.                    |
| BASSET . . . . .       | Pathologie chirurgi-<br>cale.           |
| BAUDOUIN . . . . .     | Pathologie médicale.                    |
| BINET . . . . .        | Physiologie.                            |
| BLANCHETIÈRE . . . . . | Chimie biologique.                      |
| BRANCA . . . . .       | Histologie.                             |
| BRULÉ . . . . .        | Pathologie médicale.                    |
| BUSQUET . . . . .      | Pharmacologie et ma-<br>tière médicale. |
| CADENAT . . . . .      | Pathologie chirurgi-<br>cale            |
| CHAMPY . . . . .       | Histologie.                             |
| CHIRAY . . . . .       | Pathologie médicale.                    |
| CLERC . . . . .        | Pathologie médicale.                    |
| DEBRÉ . . . . .        | Hygiène.                                |
| I. de JONG . . . . .   | Anatomie pathologi-<br>que.             |
| DUVOIR . . . . .       | Médecine légale.                        |
| ÉCALLE . . . . .       | Obstétrique.                            |
| FIÉSSINGER . . . . .   | Pathologie médicale.                    |
| FOIX . . . . .         | Pathologie médicale.                    |
| GARNIER . . . . .      | Pathologie expéri-<br>mentale.          |
| HARVIER . . . . .      | Pathologie médicale.                    |
| HEITZ-BOYER . . . . .  | Urologie.                               |

MM.

|                         |                               |
|-------------------------|-------------------------------|
| HOVELACQUE . . . . .    | Anatomie.                     |
| JOYEUX . . . . .        | Parasitologie.                |
| LABBÉ (Henri) . . . . . | Chimie biologique.            |
| LARDENNOIS . . . . .    | Pathologie chirurgi-<br>cale. |
| LE LORIER . . . . .     | Obstétrique.                  |
| LEMAITRE . . . . .      | Oto-rhino-laryngolo-<br>gie.  |
| LEMIERRE . . . . .      | Pathologie médicale.          |
| LÉVY-SOLAL . . . . .    | Obstétrique.                  |
| LHERMITTE . . . . .     | Pathologie mentale.           |
| LIAN . . . . .          | Pathologie médicale.          |
| MATHIEU . . . . .       | Pathologie chirurgi-<br>cale. |
| METZGER . . . . .       | Obstétrique.                  |
| MOCQUOT . . . . .       | Pathologie chirurgi-<br>cale. |
| MONDOR . . . . .        | Pathologie chirurgi-<br>cale. |
| MOURE . . . . .         | Pathologie chirurgi-<br>cale. |
| MULON . . . . .         | Histologie.                   |
| PHILIBERT . . . . .     | Bactériologie.                |
| RIBIERRE . . . . .      | Pathologie médicale.          |
| RICHET Fils . . . . .   | Physiologie.                  |
| TANON . . . . .         | Pathologie médicale.          |
| VAUDESCAL . . . . .     | Obstétrique                   |
| VERNE . . . . .         | Histologie.                   |
| VILLARET . . . . .      | Pathologie médicale.          |

## III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

|                    |                      |
|--------------------|----------------------|
| GOUGEROT . . . . . | Pathologie médicale. |
| GUÉNIOT . . . . .  | Obstétrique.         |

MM.

|                    |             |
|--------------------|-------------|
| RETTERER . . . . . | Histologie. |
|--------------------|-------------|

#### IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

| MM.                        |                              | MM                 |                        |
|----------------------------|------------------------------|--------------------|------------------------|
| AUVRAY . . . . .           | Clinique chirurgicale.       | LÉRI. . . . .      | Clinique médicale.     |
| CHEVASSU. . . . .          | Clinique chirurgicale.       | LÉPER. . . . .     | Clinique médicale.     |
| LAIGNEL-LAVASTINE. . . . . | Clinique médicale.           | PROUST . . . . .   | Clinique chirurgicale. |
| LEREBOULLET. . . . .       | Clinique médicale infantile. | RATHERY . . . . .  | Clinique médicale.     |
|                            |                              | SCHWARTZ . . . . . | Clinique chirurgicale. |

#### V. — CHARGES DE COURS

|                                |   |                                                                                                                                        |
|--------------------------------|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . . . | } | Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes. |
| FREY . . . . .                 |   | Stomatologie.                                                                                                                          |
| CHAILLEY-BERT . . . . .        |   | Éducation physique.                                                                                                                    |
| LEDOUX-LEBARD . . . . .        |   | Radiologie clinique.                                                                                                                   |

---

*Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

---

A MON CHER PÈRE  
LE DOCTEUR EMILE WELTI

*Mon premier et meilleur maître.*

A MA MÈRE

*Témoignage de ma profonde af-  
fection.*

A MES SOEURS

A MON FRÈRE

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL

PROFESSEUR DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE  
CHIRURGICALE

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL VAUGIRARD

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON MAÎTRE

M. LE PROFESSEUR HENRI HARTMANN

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CHIRURGIEN DE L'HÔTEL-DIEU

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

*J'unis ces deux maîtres dans un  
même sentiment de respectueux  
attachement et de profonde  
gratitude.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

*Stage*

M. LE PROFESSEUR LANDOUZY (*in memoriam*)

M. LE PROFESSEUR HENRI HARTMANN

M. LE DOCTEUR EDMOND LESNÉ

*Externat*

1920-1921

M. LE PROFESSEUR HENRI HARTMANN

*Internat*

1921-1922

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LIAN

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RATHERY

1922-1923

M. LE PROFESSEUR LECÈNE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PROUST

1923-1924

M. LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL

1924-1925

M. LE PROFESSEUR HENRI HARTMANN

1925-1926

M. LE PROFESSEUR CUNÉO

M. LE PROFESSEUR OMBRÉDANNE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ OKINCZYC  
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BASSET  
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MONDOR

M. LE DOCTEUR HOUDARD  
M. LE DOCTEUR GATELLIER  
M. LE DOCTEUR BERGERET  
M. LE DOCTEUR PICOT  
M. LE DOCTEUR GAUDART D'ALLAINES  
CHIRURGIENS DES HÔPITAUX

M. LE PROFESSEUR ROUVIÈRE  
*Hommage respectueux.*

M. LE DOCTEUR BOPPE  
M. LE DOCTEUR SÈNÈQUE  
M. LE DOCTEUR JEAN QUÉNU  
M. LE DOCTEUR J.-CHARLES BLOCH

A MES CONFÉRENCIERS

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LÉON BINET  
M. LE DOCTEUR RENÉ BLOCH

MEIS ET AMICIS



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA40152002\\_0038](https://archive.org/details/IA40152002_0038)

## Introduction

---

Il est rare actuellement d'observer de mauvais résultats à la suite de la gastro-entérostomie. Néanmoins, l'apparition d'incidents post-opératoires surprend quelquefois le chirurgien le plus averti. La persistance de troubles, bien qu'une bouche correcte ait été établie dans des circonstances qui semblaient la justifier, ne trouve pas toujours son explication.

La présence d'une sténose chronique incomplète sous-vatérienne, du duodénum, doit retenir l'attention. Son existence au moment où le malade fut gastro-entérostomisé explique certains échecs. L'apparition d'une sténose après gastro-entérostomie, aucun *circulus viciosus* n'étant en cause, rend compte également d'insuccès.

La sténose incomplète sous-vatérienne du duodénum est constamment signalée dans les observations recueillies pour cette thèse. Les accidents observés ne peuvent reconnaître d'autre cause. Le fonctionnement de la bouche de gastro-entérostomie était toujours parfait.

La duodéno-jéjunostomie assure seule la guérison de ces malades. Elle fait disparaître la stase duodénale. Une intervention sur l'anastomose resterait sans effet.

---

## CHAPITRE I

---

# Historique

---

L'existence d'une sténose duodénale avant l'établissement de la gastro-entérostomie explique certains échecs : de nombreux travaux ont contribué à établir cette notion

*Finney*, dès 1906, dénonce au cours d'une réunion des médecins du John Hopkins Hospital, la compression du duodénum par le pédicule mésentérique, comme responsable d'insuccès après gastro-entérostomie. Les troubles présentés par certains malades conduisent à diagnostiquer une lésion sténosante du pylore. En réalité le pylore est normal, mais le duodénum est dilaté à droite du mésentère. Une gastro-entérostomie est établie. Elle ne procure que d'incomplètes améliorations.

*Barker*, prenant alors la parole, se demande si une duodéno-jéjunostomie unissant le duodénum dilaté à la première anse jéjunale ne serait pas plus rationnelle. Cette intervention parut d'exécution difficile. *Stavely* n'y a recours que deux ans plus tard.

En Amérique, la gastro-entérostomie fut dès lors systématiquement abandonnée chez ces malades, et la duodéno-jéjunostomie se généralisa rapidement. Sa diffusion s'accomplit sous l'impulsion de nombreuses publications parmi lesquelles celles de *Kellog* méritent d'être signalées. La belle statistique de cet auteur, les guérisons qui ont suivi ses duodéno-jéjunostomies peuvent être opposées aux résultats médiocres des gastro-entérostomies établies, pour sténose incomplète sous-vatérienne du duodénum.

*Spence* et *Graham* avaient publié d'ailleurs, en 1913, deux observations d'occlusion aiguë mésentérique survenues après gastro-entérostomie : Elles avaient été favorisées par des dilatations préexistantes du duodénum. Pour *Kellog*, celles-ci rendent compte de certains syndromes de *circulus viciosus*. Nous concevons tout l'intérêt qui s'attache à l'étude de ce facteur nouveau.

*Wilkie* en Angleterre, *Von Haberer* en Allemagne en signalent l'importance. Des accidents rapidement mortels s'observent lorsqu'une gastro-entérostomie est établie, le duodénum étant le siège d'une sténose chronique incomplète.

En France, les observations de *Grégoire*, de *Villette*, éveillent l'attention. Mais ce sont surtout les travaux de *Pierre Duval* qui précisent le problème. Des échecs sont possibles, ils sont fréquents. Les sténoses sous-vatériennes sont loin d'être rares : elles restent méconnues, car l'on ne pense pas à examiner le duodénum.

Elles sont responsables de « désappointements » après gastro-entérostomie.

\*  
\* \*

Certains accidents, d'autre part, sont dus à l'apparition d'une sténose duodénale incomplète après l'établissement de la bouche. Cette notion nous a semblé nouvelle. KELLOG en envisage la possibilité : des brides développées au voisinage d'une bouche de gastro-entérostomie comprimaient le duodénum chez un de ses opérés. LAUNAY publie une observation indiscutable. La bouche de gastro-entérostomie fonctionnant correctement, une dilatation post-opératoire du duodénum est quelquefois en rapport avec une sténose sous-vatérienne secondaire.

---

## CHAPITRE II

---

# Etiologie

---

Les circonstances dans lesquelles une sténose sous-vatérienne a été un facteur d'échec après gastro-entérostomie sont diverses. La plupart des observations publiées se rapportent à des sténoses existant avant l'intervention.

### I. — STÉNOSES SOUS-VATÉRIENNES PRÉEXISTANTES

#### A LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE

Le causes de ces sténoses sont nombreuses. Mentionnons ici la constriction exercée par un mésentère court et épaissi. Là, des adhérences enserraient le duodénum au-dessous du mésocolon. Une coudure de l'angle duodéno-jéjunal est signalée dans certaines observations. Ces coudures sont facilement réalisées lorsque le duodénum est relativement mobile, lorsque l'angle duodéno-jéjunal est anormalement haut situé. Ces lésions sont bien connues ; nous ne saurions les décrire.

Précisons les conditions favorisant l'éclosion d'accidents.

Il semble que ceux-ci soient particulièrement graves lorsque la sténose est serrée, la dilatation du duodénum ayant surpris l'opérateur par son importance. Schmidt et Ohly pratiquent une gastro-entérostomie, bien que trouvant un duodénum dilaté au point d'atteindre le volume d'un estomac. Des accidents mortels furent la conséquence de cette intervention.

Des incidents s'observent également, la sténose étant moins marquée. Tous les intermédiaires sont notés entre une sténose entraînant une stagnation duodénale absolue, et certaines sténoses se traduisant radiologiquement par un simple retard dans l'évacuation du duodénum, la baryte stagnant au niveau du genu inferius, quelques mouvements antipéristaltiques étant visibles en ce point. Ces sténoses resteront quelquefois méconnues, car le duodénum est moyennement dilaté. L'opérateur n'en tient pas compte. Pourtant des accidents post-opératoires sont à redouter.

La fréquence avec laquelle ceux-ci se produisent mérite d'être discutée. Dans la littérature, nous trouvons plusieurs observations de malades guéris par une gastro-entérostomie.

*Grégoire*, en 1920, établit une gastro-entérostomie chez un malade présentant une sténose duodénale. Des brides inflammatoires enveloppaient l'angle duodéno-jéjunal. Les première et deuxième portions du duodé-

num étaient très dilatées, du volume d'un colon d'enfant. Le malade guérit.

*Bircher*, en 1912, publie cinq guérisons après gastro-entérostomie. *Dubosse* guérit par gastro-entérostomie un jeune enfant dont le duodénum comprimé par les vaisseaux mésentériques, avait un volume considérable. *Jean* et de nombreux auteurs ont publié des faits semblables.

Mais dans ces différentes observations, l'opérateur s'est préoccupé surtout de libérer les adhérences sténosantes. Il s'est assuré que le duodénum pouvait évacuer son contenu dans le grêle, et la gastro-entérostomie n'a été que complémentaire.

D'autre part, les résultats tardifs ne sont pas signalés.

*Tinkham* qui a pu suivre un malade gastro-entérostomisé note un mauvais résultat secondaire. *Macdonald* signale la persistance de troubles tardifs chez deux malades. *Barling* fait des constations identiques.

*Grégoire*, malgré ses succès, a résolument abandonné la gastro-entérostomie. La duodéno-jéjunostomie guérit le malade, sans qu'il soit nécessaire d'intervenir sur un agent sténosant dont la suppression est difficile, voire impossible. Lorsque l'obstacle a pu être levé, la duodéno-jéjunostomie assure définitivement l'évacuation du duodénum. Enfin, les suites opératoires immédiates le plus souvent, n'ont pas été parfaites après gastro-entérostomie. Même certains malades sont morts : rappelons les observations classiques de Schmidt et Ohly, de Wilkie, de Spence et Graham.

*La gastro-entérostomie chez un malade atteint de sté-*

*nose chronique incomplète sous-vatérienne expose à des accidents, à des échecs : ce fait est indiscutable.*

## II. — STÉNOSES SECONDAIRES A L'ÉTABLISSEMENT DE LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE

Les sténoses sous-vatériennes peuvent apparaître après gastro-entérostomie.

Delore insistait récemment sur la présence fréquente d'adhérences au voisinage de la bouche anastomotique. Ces adhérences sont souvent signalées au cours d'interventions itératives. Elles seraient la conséquence d'une infection péritonéale atténuée survenue dans les jours qui ont suivi la gastro-entérostomie. Tardivement, elles s'organisent, elles se rétractent, elles étranglent quelquefois l'anastomose. Cette péritonite plastique peut n'intéresser que le duodénum : elle en compromet la perméabilité. Une sténose incomplète se trouve réalisée.

Certaines coutures graves au niveau de l'anastomose entravent d'emblée son fonctionnement. Sans intéresser celui-ci, une couture légère n'en retentit pas moins sur le duodénum. Les coutures sténosantes congénitales, de l'angle duodéno-jéjunal sont comparables à ces coutures post-opératoires. Ici encore, la sténose est secondaire à la gastro-entérostomie.

Remarquons que dans nos observations, le duodénum était parfois de volume normal, au moment où la gastro-entérostomie fut établie : il était dilaté au cours de l'intervention secondaire. Les vomissements bilieux, les

troubles fonctionnels caractéristiques de la sténose à plusieurs reprises ne sont notés qu'après la gastro-entérostomie. Cependant, le chirurgien considère la sténose comme primitive.

Il est vrai que peu marquée, elle a pu ne pas attirer l'attention. Un ulcère pyloro-duodénal étant reconnu, le duodénum n'a pas été exploré. Kellog, Pierre Duval ont insisté sur la coexistence fréquente des deux lésions, et la stase duodénale favorise le développement d'un ulcère. La sténose a été méconnue. Les conditions nouvelles créées par la gastro-entérostomie contribuent également à exagérer la dilatation duodénale. L'estomac participait à la lutte contre l'obstacle : brusquement, après gastro-entérostomie, son action se trouve supprimée. La bile parvient difficilement dans la jéjunum, vu l'importance de la sténose, alors que le chyme gastrique acide, au contraire, par une large anastomose, y pénètre rapidement. Sa neutralisation est insuffisante, son action sur la paroi jéjunale détermine une abondante sécrétion biliaire et pancréatique : le duodénum se distend. La sténose duodénale existait avant l'intervention ; elle devient apparente après celle-ci.

Ces explications sont valables dans certains cas ; dans d'autres, elles sont bien discutables. *Les sténoses incomplètes peuvent être secondaires à la gastro-entérostomie* : les constatations opératoires le démontrent.

---

### CHAPITRE III

---

## Constatations opératoires

---

La sténose chronique incomplète sous-vatérienne du duodénum est la lésion constamment retrouvée dans les observations que nous étudions. Mais les constatations opératoires permettent de classer celles-ci en deux catégories distinctes.

1° *La sténose existait avant la gastro-entérostomie et a été découverte à la première opération.*

2° *La sténose n'existait pas avant la gastro-entérostomie ; elle n'a été découverte qu'à la deuxième opération.*

Toujours, la bouche de gastro-entérostomie était perméable et correcte : l'on ne saurait incriminer son non fonctionnement.

#### I. STÉNOSE PRÉEXISTANTE DE LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE

##### OBSERVATION I

*Première opération :*

Pas d'ulcère pylorique

On découvre une grosse réaction de péritonite adhésive, enserrant le duodénum.

Gastro-entérostomie.

*Deuxième opération :*

La bouche de gastro-entérostomie est normale.

Il existe de nombreuses brides sous-mésocoliques comprimant le duodénum qui est dilaté au niveau de ses première et deuxième portions.

## OBSERVATION II

*Première opération :*

Pas d'ulcère pylorique.

*Adhérences sur le duodénum.*

*Deuxième opération :*

Le duodénum est dilaté, saillant.

Il paraît écrasé, au niveau de sa 3<sup>e</sup> portion, par le paquet des vaisseaux mésentériques.

## OBSERVATION III

*Première opération :*

Il n'existe d'ulcère ni sur le pylore ni sur la petite courbure.

En soulevant le colon transverse on trouve un angle duodéno-jéjunal coincé entre deux brides sous-mésocoliques.

*Le mésentère apparaît court.*

Gastro-entérostomie.

*Deuxième opération :*

Sténose sous-vatérienne du duodénum avec grosse dilatation mésentérique.

## OBSERVATION XI

*Première opération :*

On note la présence de nombreuses adhérences péri-duodénales comprimant le duodénum. Gastro-entérostomie.

*Deuxième opération :*

Le duodénum est considérablement dilaté au-dessous du méso-colon transverse. Il est rouge et épaissi. Très accessible dans sa 3<sup>e</sup> portion et le tiers inférieur de sa 2<sup>e</sup> portion.

OBSERVATION VII

*Première opération :*

*Grosse dilatation de l'estomac et du duodénum jusqu'aux vaisseaux mésentériques.*

Autopsie : On retrouve la dilatation duodénale notée au cours de l'intervention.

Les anses grêles sont petites, vides ; elles sont congestionnées, présentant même quelques ecchymoses, conséquence de la compression exercée par le duodénum distendu sur la veine mésentérique.

II. — STÉNOSES SECONDAIRES A LA GASTRO-ENTÉROSTOMMIE

Dans les observations suivantes la sténose est manifestement secondaire.

OBSERVATION XVIII

*Première opération :*

Il existe une masse irrégulière et dure englobant la première portion du duodénum près du pylore. Cette masse est largement et intimement adhérente à la tête du pancréas.

Gastro-entérostomie.

*Deuxième opération :*

Sous le colon transverse on voit nettement un duodénum très dilaté, noirâtre, faisant par le coude de ses 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> portions une forte saillie sous le mésocolon.

La sténose est consécutive au développement d'une bride épiploïque qui rétrécit l'anse afférente à la bouche.

La sténose est indiscutablement secondaire.

## OBSERVATION XIX

*Première opération :*

Gastro-entérostomie pour ulcère pylorique.

*Deuxième opération :*

La bouche de gastro-entérostomie est normale. Adhérences à son voisinage. *Ces adhérences ne compromettent pas la perméabilité de la bouche, mais étranglent le duodénum.* Celui-ci est dilaté dans sa totalité. La sténose duodénale est secondaire à la gastro-entérostomie.

Ces faits ont un intérêt pratique. Nous ne saurions toujours rendre responsable le chirurgien qui a établi la gastro-entérostomie, de la méconnaissance d'une lésion qui s'est développée après celle-ci. D'autre part, l'absence de toute sténose au cours de la première intervention, les antécédents négatifs à ce sujet, n'autorisent pas à éliminer une sténose duodénale, pour expliquer certains troubles.

Mais les signes cliniques, les indications opératoires étant les mêmes dans l'un et l'autre cas, nous ne tiendrons pas compte de ces restrictions dans l'étude qui va suivre.

## CHAPITRE IV

---

# Clinique

---

Les accidents observés lorsqu'une gastro-entérostomie a été établie pour sténose chronique incomplète sous-vatérienne, ou lorsque cette sténose se trouve réalisée secondairement, présentent des caractères particuliers.

*Les vomissements* constituent le trouble le plus important. Ces vomissements sont essentiellement bilieux, et la tolérance des aliments surprend, alors que les vomissements de bile se répètent. Celle-ci peut contenir quelques débris alimentaires : elle est toujours rejetée en grande abondance.

Ces vomissements en apparence paradoxaux doivent retenir l'attention. Des douleurs peuvent leur être associées. Le plus souvent elles sont vagues, la bile étant régurgitée sans effort. Les céphalées, les migraines, les malaises divers signalés quelquefois n'ont rien de caractéristique. Le malade est avant tout préoccupé et incommodé par les vomissements qui persistent malgré

tous les régimes, malgré toutes les prescriptions médicamenteuses. Un examen radiologique est alors pratiqué.

*L'examen radiologique* fournit un renseignement capital : la bouche de gastro-entérostomie, malgré ces vomissements, fonctionne normalement.

Précocement après l'ingestion du repas opaque, quelques bouchées barytées pénètrent dans le jéjunum surpris. Puis, régulièrement, de façon intermittente, le contenu gastrique s'évacue par une bouche qui est en bonne place. Ses contours sont réguliers. La palpation ne réveille aucune douleur.

*Vomissements bilieux ou à prédominance de bile, fonctionnement normal de la bouche de gastro-entérostomie* : ces deux faits apparaissent nettement dans nos diverses observations. Ils doivent faire penser à la présence d'une sténose incomplète sous-vatérienne.

La sténose duodénale doit être recherchée.

*L'examen clinique* permet rarement de mettre en évidence le duodénum distendu au-dessus de l'obstacle. Exceptionnellement et chez des malades amaigris, il a pu être palpé, dilaté et clapotant. Tout au plus existe-t-il une légère sensibilité dans une zone qui ne répond pas à l'estomac sous le rebord costal, à droite de l'ombilic.

*L'examen radiologique* révèle par contre la stase duodénale. Nos malades, à ce point de vue, se placent nettement en deux catégories.

*La dilatation du duodénum en amont de la sténose apparaît dans une première série d'observations.* Le

repas opaque s'évacue régulièrement par l'anastomose. Mais, simultanément, la région pylorique s'injecte. Par éjaculations, la baryte pénètre bientôt dans le duodénum. Elle en franchit rapidement les première et deuxième portions. Au niveau du genu inférieur, elle s'accumule par contre, distendant le duodénum dont les contours deviennent de plus en plus nets, réguliers. Quelques encoches, par place, interrompent ce contour : elles répondent aux valvules que la dilatation duodénale fait apparaître.

Un cliché, semblable à celui que nous reproduisons, inscrit la lésion. Malgré les mouvements péristaltiques intenses, véritables mouvements de brassage, la baryte reflue. Des mouvements anti-péristaltiques sont notés.

Le liquide opaque parvient difficilement à franchir une sténose révélée par l'examen.

*La sténose duodénale n'apparaît pas dans une 2<sup>e</sup> série d'observations.* Le liquide baryté s'évacue en totalité par la bouche. A aucun moment, malgré des examens répétés, le duodénum n'est visible. Pour Pierre Duval, dans ces circonstances, la bile vomie serait toujours pure, les aliments, pas plus que le repas opaque, ne pénétrant dans le duodénum. Ces vomissements bilieux associés à un fonctionnement correct de la bouche, conduisent à envisager une lésion que rien ne permet d'affirmer

*Les antécédents* du malade seront alors particulièrement intéressants.

Lorsque la sténose préexistait à l'établissement de la gastro-entérostomie, le chirurgien eut recours à celle-ci

PLANCHE I



Observation 1

Mme Gr...

*L'examen radiologique permet de reconnaître la stase duodénale. La bouche de gastro-entérostomie fonctionnait parfaitement chez cette malade.*

(Radiographie Dr H. Béclère).





Calque de la radiographie précédente

*a)* Estomac.

*b)* Canal pylorique.

*c)* Duodénum : angle D2. D3.

dans des circonstances particulières. Le malade, depuis de nombreuses années, souffrait de troubles vagues. Ici des indigestions à répétition sont notés ; là, une constipation persistante entrecoupée de débâcles diarrhéiques. Une appendicectomie a quelquefois été pratiquée avant que les vomissements n'attirent plus spécialement l'attention. Ou encore, des douleurs persistantes dans l'hypochondre droit, semblaient en rapport avec une cholécystite : cependant, les troubles restaient vagues, jamais de calculs n'avaient été mis en évidence. Ces malades, qu'aucune médication ne soulageait, avaient découragé les nombreux médecins consultés.

Les troubles secondairement s'exagèrent. Les douleurs deviennent plus vives. Les vomissements bilieux font leur apparition : surtout, ils se répètent, abondants, se reproduisant après chaque repas. L'impossibilité de s'alimenter détermine subitement un dépérissement rapide, et le malade est opéré pour sténose du pylore. La gastro-entérostomie est établie bien qu'aucune lésion ne soit constatée, ni à l'examen radiologique, ni au cours de l'intervention.

Lorsque les accidents surviendront dans ces circonstances, la présence d'une sténose duodénale méconnue doit être envisagée. Souvent, les troubles présentés par le malade, rappelleront ceux notés avant l'intervention. Quelquefois même, le compte rendu radiologique attirera rétrospectivement l'attention sur le duodénum. Des spasmes duodénaux, un retard dans l'évacuation avaient été signalés. Le chirurgien, parfois en établissant la

gastro-entérostomie, avait constaté une dilatation anormale du duodénum.

Mais la sténose peut être secondaire à cette gastro-entérostomie, et chez certains malades, la lésion ne sera découverte qu'au cours d'une seconde intervention.

\*  
\* \*

Les accidents surviennent d'ailleurs dans des circonstances variables. *Ici, ils sont précoces et graves, là, au contraire, plus tardifs.*

\*  
\* \*

*Dans les jours qui suivent la gastro-entérostomie, la situation, quelquefois rapidement, devient tragique. Le malade vomit d'abondantes quantités de bile. Les vomissements sont subintrants, la moindre injection de liquide en détermine l'apparition. L'état général s'altère. La déshydratation fait de rapides progrès et l'intoxication est profonde. Cependant, il n'existe aucun météorisme abdominal, aucune douleur, aucune contracture. Le malade, parfois, a déjà émis des gaz. Sa température est normale, mais le pouls file, s'accélère. L'état grave de l'opéré rend toute constatation radiologique impossible. Un circulus viciosus semble probable. La bouche pourtant est correcte : une sténose duodénale sous-vatérienne est cause de ces accidents graves.*

Obs. XVII. Six jours après la gastro-entérostomie, le malade commence à vomir de grandes quantités de bile. Le traitement postural ne procure aucun soulagement.

L'affaiblissement est progressif, la température subnormale. Les urines rares.

Une duodéno-jéjunostomie est établie, et le malade guérit.

Obs. XIII. Les suites opératoires sont normales, les deux premiers jours. L'abdomen est souple, la malade a des gaz. A partir de ce moment, elle commence à vomir de la bile ; la température s'élève un peu, surtout le pouls s'accélère, et la mort survient cinq jours après l'établissement de la bouche.

Les accidents s'amendent quelquefois.

Obs. VI. Les suites opératoires sont marquées par des vomissements copieux sans élévation de la température. Ces vomissements cèdent à deux lavages d'estomac, pratiqués à 24 heures d'intervalle.

Obs. IX. Des vomissements subintrants sont notés le 1<sup>er</sup> jour. Ces vomissements persistent jusqu'au 8<sup>e</sup> jour. Il s'agit de vomissements abondants, verdâtres, fluides. Le décubitus ventral les fait disparaître.

Enfin, lorsque le malade consultera pour des troubles tardifs, il signalera parfois avoir vomi à plusieurs reprises de la bile dans les jours qui ont suivi la gastro-entérostomie. Ce fait nous a semblé fréquent : les accidents précoces ont été peu alarmants.

\*  
\* \*

*Les troubles apparaissent chez certains malades tardivement.* Des douleurs attirent en général l'attention. Il s'agit essentiellement de pesanteurs, de ballonnements survenant après les repas. Il semble que « les aliments ne passent pas ». Ces douleurs traduiraient la mise en tension du duodénum par la bile qui ne parvient pas à s'évacuer. Puis, progressivement, celle-ci franchit la sténose : les douleurs disparaissent sans qu'aucun vomissement ne se produise.

Les sensations douloureuses deviennent alors plus pénibles, plus continues. Au cours de crises violentes, de véritables crampes sont signalées, et des vomissements de bile s'associent à ces crises. Remarquons que ces vomissements bilieux succèdent quelquefois à des manifestations douloureuses intenses. Il en est ainsi lorsque la bile reflue difficilement à travers le pylore. Le malade de Launay souffrait beaucoup, il ne vomissait pas : la sténose sous-vatérienne était associée à une sténose du pylore. Les vomissements sont plus précoces et plus faciles chez d'autres malades.

L'évolution des accidents sera longue. Néanmoins, si l'on n'intervient pas, la situation s'aggrave ; les vomissements, les crises douloureuses surviennent après chaque repas. Le malade, pour s'y soustraire, hésite à s'alimenter. Puis toute alimentation devient impossible. L'intoxication de l'organisme par les liquides qui stagnent dans le duodénum contribue à hâter un dépérisse-

ment rapide, et les troubles psychiques surajoutés compliquent la situation. La gastro-entérostomie aboutit à un véritable échec : la déception est grande pour le malade qui ne doutait pas d'une guérison promise.

En vain, il s'attarde à suivre les prescriptions médicales inutiles. Aucun régime, aucune thérapeutique n'ont procuré de soulagement, et aucune posture n'influence plus les vomissements. Véritablement cachectique, il vient implorer un secours chirurgical, ou contre son gré, il est présenté à un nouveau chirurgien.

L'estomac est dilaté, la distension du duodénum est évidente sous l'écran. Il sera quelquefois difficile d'imposer l'intervention seule salutaire : l'opérateur hésite même, tant la situation lui semble désespérée.

---

## CHAPITRE V

---

# Diagnostic

---

Les troubles que nous étudions se présentent dans des circonstances variables. Les problèmes à résoudre sont différents suivant que les accidents sont précoces ou au contraire tardifs. Nous envisagerons successivement ces deux éventualités.

Remarquons d'emblée que souvent, chez nos malades, *le fonctionnement défectueux de la bouche de gastro-entérostomie fut incriminé à tort*. Quelques adhérences furent libérées : les troubles persistèrent. Il importe de diagnostiquer la sténose duodénale ; la duodéno-jéjunostomie fait seule disparaître les accidents.

### I. DIAGNOSTIC DES ACCIDENTS PRÉCOCES

*Un circulus viciosus post-opératoire* se traduit cliniquement par un syndrome semblable à celui observé dans certaines de nos observations. Des vomissements bilieux rendant l'alimentation impossible apparaissent après la

gastro-entérostomie. Il n'existe d'ailleurs aucun météorisme abdominal suspect : la T° est normale.

L'examen radiologique, s'il est encore possible, est primordial.

Obs. II. Après l'opération, le malade commence à avoir des vomissements de bile survenant plusieurs fois dans la journée. On supprime le lait ; les vomissements cessent, mais un mois plus tard, rentrée chez elle, les vomissements bilieux reprennent. Quelques débris alimentaires sont mélangés à la bile. L'alimentation est impossible. Examen radiologique : *la bouche fonctionne normalement.*

Ce fonctionnement correct de la bouche de gastro-entérostomie permet d'éliminer un *circulus viciosus*. Lorsque celui-ci est réalisé, remarquons d'ailleurs que la pénétration du repas opaque dans l'anse afférente n'a jamais été signalée. Le duodénum, par contre, souvent était dilaté. Mais ici, le non fonctionnement de la bouche est le trouble principal : c'est la cause même des accidents. Chez nos malades, l'évacuation gastrique se fait normalement par l'anastomose, et la stase duodénale s'observe, la bouche fonctionnant parfaitement.

L'examen radiologique n'est pas toujours possible : tardivement le fonctionnement de la bouche sera même compromis. Les constatations opératoires sont capitales.

*Lorsque la bouche est défectueuse*, le fait est facile à mettre en évidence. Ici, une gastro-entérostomie antérieure a été établie sans jéjuno-jéjunostomie complé-

mentaire. Là, relevant le mésocolon après gastro-entérostomie postérieure, l'anse afférente apparaît tordue sur elle-même : l'anse jéjunale est trop longue. Dans d'autres circonstances, l'extrême brièveté de cette anse détermine une coudure : l'estomac se trouve comme suspendu à une anse trop courte. Rappelons que la disposition en iso ou en anisoperistaltisme paraît sans importance : néanmoins, le non retournement de l'anse favorise certaines angulations. La bouche quelquefois a été établie trop loin du pylore, à distance de la grande courbure : sa situation est anormale. Enfin, la bouche étant trop petite, sa perméabilité peut se trouver compromise.

*Lorsque la bouche est correcte*, il est nécessaire d'examiner le duodénum. Des adhérences peuvent étrangler celui-ci dans son segment sous-mésocolique : il est dilaté dans ses premières portions. Le plus souvent, il est comprimé par la racine du mésentère, et sa distension au niveau du genu inférius est évidente. Quelquefois même, le volume du duodénum est surprenant ; sa paroi est amincie, congestionnée, friable.

Pour ne pas méconnaître la sténose duodénale, il faut pourtant procéder avec méthode. Le chirurgien, au cours de l'intervention, explorera systématiquement le duodénum à droite du mésentère, puis au-dessus du mésocolon. En agissant ainsi, des désastres seront évités : l'observation suivante le démontre.

Obs. VIII. Wilkie pratique une gastro-entérostomie pour ulcère duodénal sténosant. Dès le lendemain, des vomisse-

ments surviennent ; il s'agit essentiellement de vomissements bilieux. Ces vomissements persistent et 17 jours plus tard, obligent à réintervenir. Contre toute attente, l'anse afférente à la bouche n'est pas distendue.

Wilkie établit néanmoins une jéjuno-jéjunostomie entre cette anse et l'anse efférente. Le malade continue à vomir, il rejette de grandes quantités de bile, refuse toute nourriture. Il s'affaiblit progressivement et meurt cinq jours plus tard.

A l'autopsie, le duodénum est considérablement dilaté jusqu'aux vaisseaux mésentériques, au-delà son volume est normal. Sa muqueuse est congestionnée. Cette dilatation duodénale est la seule cause possible des accidents. Il n'existe aucune trace de péritonite.

L'antéro-anastomose a été sans effet, car établie à gauche du mésentère.

Il importe de différencier les accidents en rapport avec une sténose incomplète du duodénum de ceux d'un *circulus viciosus*. Ces derniers sont justiciables d'une intervention pratiquée sur l'anastomose elle-même : une jéjuno-jéjunostomie se trouvera quelquefois indiquée. Chez nos malades, la bouche fonctionne parfaitement, la sténose duodénale est cause de tous les troubles. Une duodéno-jéjunostomie unissant le duodénum dilaté à droite du mésentère au jéjunum, au-dessous de la bouche de gastro-entérostomie, peut seule assurer la guérison.

*La dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac se traduit par un ballonnement localisé à l'épigastre : l'estomac est dilaté et clapotant. Des vomissements porracés s'associent secondairement à la dilatation gastrique. Les vomissements sont au contraire primitifs dans nos*

observations, alors que l'estomac n'est pas dilaté : la dilatation gastrique, si elle survient, est tardive.

Le diagnostic pourtant est quelquefois difficile. La situation s'aggravant, les accidents ne cédant pas aux lavages d'estomac, au traitement postural, l'existence d'une sténose duodénale incomplète doit être envisagée. Des spasmes de l'ordre de ceux que nous constatons sur les radiographies ci-contre s'observent en amont d'une sténose sous-vatérienne. A la suite d'une intervention chirurgicale, d'une anesthésie prolongée, à la faveur d'une infection légère, des phénomènes d'inhibition se produiront facilement, succédant à ces manifestations spasmodiques. La sténose chronique incomplète du duodénum favorise l'apparition de paralysies gastro-duodénales post-opératoires.

*Une occlusion aiguë mésentérique* est de même facilement réalisée chez ces malades. Le compas artériel mésentérique comprimait déjà le duodénum : il en détermine facilement l'occlusion complète, que celle-ci soit primitive ou secondaire à une dilatation de l'estomac. Les accidents d'occlusion aiguë mésentérique sont fréquents chez les lordotiques, chez les ptosiques. Ces malades présentent souvent des troubles en rapport avec une sténose chronique incomplète : la radiographie reproduite ci-contre nous a paru démonstrative. Remarquons que la duodéno-jéjunostomie a donné dans ces occlusions aiguës un beau succès à Von Haberer : elle est indiquée, comme dans les occlusions incomplètes que nous envisageons spécialement.

Les interventions itératives après gastro-entérostomie réservent d'ailleurs des surprises au chirurgien. Parfois, *l'étranglement de l'intestin dans la brèche mésocolique non suturée est constaté*. Ou encore, les accidents paraissent essentiellement mécaniques : ils sont secondaires à une *infection péritonéale atténuée*, mais indiscutable. Signalons que souvent le duodénum est dilaté dans ces circonstances : la parésie de la musculature intestinale rend compte de cette dilatation. Mais les adhérences inflammatoires qui enserrant déjà le duodénum contribuent à aggraver la stase, et l'infection étant peu marquée, la duodéno-jéjunostomie est parfois indiquée précocement.

#### DIAGNOSTIC DES ACCIDENTS TARDIFS

Les accidents tardifs s'installent progressivement. Dans les semaines qui suivent l'intervention, les malaises éprouvés par le malade font penser aux *troubles dyspeptiques* fréquents après gastro-entérostomie. Cependant, malgré une diététique sévère, en dépit des prescriptions médicamenteuses les plus diverses, les douleurs persistent, associées déjà à quelques vomissements.

*Le non fonctionnement de la bouche* est alors en règle incriminé. Les signes cliniques, les constatations radiologiques permettent facilement d'éliminer cette hypothèse.

*Cliniquement*, les malades atteints de sténose chronique sous-vatérienne du duodénum vomissent après leur

PLANCHÉ II



*Sténose chronique incomplète sous-vatérienne du duodénum*  
Contractions spasmodiques de l'estomac. (Radiographie D<sup>r</sup> Lagarenne)





*Sténose chronique incomplète sous-vatérienne du duodénum*  
Contractions spasmodiques du duodénum (Radiographies Dr Lagarenne)



PLANCHE IV



*Sténose chronique incomplète sous-vatérienne du duodénum*  
Malade présentant une lordose lombaire exagérée (Radiographie Dr Lagarenne)



gastro-entérostomie : mais les vomissements sont essentiellement bilieux, la bile est rejetée pure. Elle peut contenir quelques débris alimentaires : des vomissements traduisant une stase gastrique sont par contre tardifs et exceptionnels.

*Radiologiquement*, la sténose duodénale n'entrave nullement le fonctionnement de la bouche : celle-ci, dans les cas que nous étudions, était toujours correcte et l'évacuation de l'estomac régulière. Lorsque les troubles sont liés au non fonctionnement de la bouche, le fait est évident. L'évacuation du repas opaque est retardée ou même, à aucun moment, la baryte ne franchit l'anastomose. Celle-ci étant visible, sa situation défectueuse, ses contours irréguliers seront quelquefois manifestes. La palpation peut en être douloureuse, des adhérences l'immobilisent. L'examen radiologique est donc capital. Quelquefois, même, on apercevra la dilatation du duodénum en amont de la sténose, et dans la plupart de nos observations, le diagnostic fut facile.

Les constatations opératoires confirment ce diagnostic.

*Lorsque la bouche ne fonctionne pas*, souvent, elle sera étranglée par des adhérences. La rétraction d'un estomac drainé par la gastro-entérostomie, rend compte de certaines dispositions vicieuses. Une bouche trop petite, « mal ourlée de muqueuse », peut s'oblitérer, que le pylore soit perméable ou non : les anastomoses au bouton favorisent ces oblitérations. Bérard enfin, a insisté sur l'infection de la paroi gastrique au moment de l'éta-

blissement de la gastro-entérostomie pour expliquer certaines rétractions cicatricielles tardives.

*La sténose duodénale également est facile à mettre en évidence. Rappelons que certaines brides, certaines coutures n'intéresseront pas la perméabilité de l'anastomose, mais comprimeront le duodénum. La duodéno-jéjunostomie fera disparaître les accidents, sans qu'il soit nécessaire d'agrandir l'ancienne bouche, ou de la supprimer pour en établir une nouvelle. Il sera inutile de s'attarder à la dissection pénible d'adhérences nombreuses, lorsque l'anastomose ne sera pas oblitérée : la duodéno-jéjunostomie à droite du mésentère est suffisante. Elle complètera parfois une libération de brides et prévendra les récidives.*

La sténose duodénale reste pourtant facilement méconnue. *La gastro-entérostomie n'a pas soulagé le malade : rien ne la justifiait, elle est supprimée.* Une cholécystectomie, une appendicectomie sont quelquefois pratiquées inutilement, ou encore, un rein mobile et ptosé semble justifiable d'une néphropexie. Toutes ces interventions sont suivies de succès passagers, puis de nouvelles déceptions.

La gastro-entérostomie avait été établie pour un ulcère pylorique ; les troubles persistent, ils semblent en rapport avec *la récidive de cet ulcère.* Le malade est de nouveau opéré : tout ulcère a disparu. Rarement, un *ulcère peptique du jéjunum* est incriminé. Chez nos malades, la bouche est en effet indolente, ses contours

sont réguliers, son fonctionnement parfait : aucune masse inflammatoire n'est perceptible.

Tardivement, les vomissements se répètent, la situation s'aggrave. Le malade, amaigri, refuse toute nourriture, si bien qu'il a pu être pris pour un neurasthénique. D'ailleurs, les *troubles psychiques* sont indiscutables chez lui ; ils sont la conséquence d'une sténose duodénale à laquelle il faut toujours songer, lorsque des accidents compliquent une gastro-entérostomie dont le fonctionnement est parfait.

---

## CHAPITRE V

---

# Traitement

---

Les accidents que nous avons étudiés sont la conséquence d'une sténose duodénale incomplète. En assurant l'évacuation du duodénum, ils disparaîtront. *La duodéno-jéjunostomie unissant le duodénum dilaté au jéjunum apparaît comme l'intervention de choix.*

Mais avant de préciser la conduite à tenir en présence de ces accidents, rappelons que pour les éviter, *on n'établira jamais de gastro-entérostomie chez un malade atteint de sténose chronique incomplète sous-vaérienne.* La duodéno-jéjunostomie doit se substituer à celle-ci : les statistiques de Kellog, de Mc Kenty, de Pierre Duval sont probantes. Les troubles disparaissent même lorsqu'une dilatation secondaire de l'estomac s'est associée à la dilatation du duodénum : aucun accident post-opératoire n'est à redouter.

Lorsqu'une sténose sous-vaérienne est associée à un ulcère, la duodéno-jéjunostomie complètera la gastro-

PLANCHE V



Observation 1

Mme Gr...

*A droite*, bouche de gastro-entérostomie fonctionnant parfaitement.

*A gauche*, stase duodénale.

(Radiographie Dr H. Béclère).



PLANCHE VI



Observation 1

Mme Gr...

*Disparition de la stase duodénale après duodéno-jéjunostomie. Une légère trainée barytée à gauche, permet seule de reconnaître le duodénum.*

(Radiographie Dr H. Béclère).



entérostomie. L'anastomose gastro-intestinale sera établie la première : Pierre Duval, Basset, ont insisté sur ce point particulier. Le chirurgien hésitera quelquefois : le duodénum à droite du mésentère est dilaté, la dilatation étant peu marquée, faut-il en tenir compte ? Les antécédents du malade, les constatations radiologiques antérieures sont capitales. La gravité des accidents liés à la présence d'une sténose justifie l'examen méthodique du duodénum, temps préliminaire de toute intervention gastrique.

*Lorsque la gastro-entérostomie a été pratiquée, et que les accidents apparaissent, la duodéno-jéjunostomie secondaire s'impose.* La technique même de l'intervention a fait l'objet de diverses publications. Suivant les circonstances, cette duodéno-jéjunostomie sera sus, ou sous-mésocolique. Souvent, la dilatation duodénale est maximum au-dessous du méso-colon, à droite du mésentère, et l'anastomose sera établie en ce point sur le duodénum, sur le jéjunum, au-dessous de la bouche gastrique. La friabilité de la paroi duodénale expose à des déchirures : le plus souvent, pourtant, l'intervention est d'exécution facile car le duodénum distendu s'exteriorise sans peine. Il importe surtout de se méfier de la toxicité des liquides qui stagnent dans le duodénum : l'aspiration de ceux-ci, une bonne protection du champ opératoire, sont nécessaires.

L'anastomose au bouton a été préconisée comme plus rapide chez un malade dont l'état est grave : une duodéno-jéjunostomie à la suture est toujours préférable. Mais

il est inutile que l'anastomose soit large : une simple fistulisation du duodénum dans le jéjunum est suffisante et fait disparaître les troubles. Le malade guérit sans qu'il soit nécessaire d'intervenir sur la bouche de gastro-entérostomie.

---

## Observations

---

### OBSERVATION I

(Pierre Duval)

Mme G..., âge 37 ans. Entre le 18 juin 1924 à l'Hôpital de Vaugirard.

Malade de souche tuberculeuse, atteinte autrefois de lupus. Les premiers troubles s'installent en 1919. Ballonnements fréquents après les repas. Les digestions sont pénibles. Nausées fréquentes. Quelques rares vomissements. Ni hémalémèse, ni mœlena. Les troubles s'exagèrent en 1922. Examen radiologique : Ulcère pylorique probable.

*Première opération* : En 1922. Nombreuses adhérences et grosse réaction de péritonite plastique peut-être tuberculeuse. *Gastro-entérostomie*.

Un mois plus tard, les douleurs surviennent à nouveau. « Cela ne passe pas », dit la malade. Ballonnements pénibles et fréquents. Dans les jours qui ont suivi la gastro-entérostomie, la malade a vomi beaucoup de bile. Ces vomissements ont disparu. Examen radiologique : la bouche de gastro-entérostomie semble ne pas fonctionner correctement.

*Deuxième opération* : En 1923. Adhérences autour de la bouche de gastro-entérostomie. Libération de ces adhérences.

Courte période d'amélioration. Puis, réapparition des troubles gastriques. Des vomissements biiœux, amers, surviennent. Ils sont fréquents. La malade accuse des pesanteurs

après les repas. Les digestions sont lentes, entrecoupées de nausées, parfois d'un abondant vomissement bilieux. La répétition des vomissements rend l'alimentation impossible. La malade maigrit de 4 kgr., 500. Examen des selles : pas de sang. Examen du sang normal. Examen des urines : normal. Examen radiographique : la gastro-entérostomie fonctionne parfaitement, mais il existe une forte dilatation du duodénum dans sa troisième portion.

*Troisième opération.* — En juin 1924 (Pierre Duval).

Adhérences, diffuses sous-mésocoliques avec quelques granulations jaunes. Forte dilatation du duodénum dans sa troisième portion. Péritonite tuberculeuse guérie, mais adhérences sous-mésocoliques sténosant le duodénum. Duodéno-jéjunostomie sous-mésocolique à droite du pédicule mésentérique.

Disparition de tous les troubles, la malade engraisse de 5 kilos. En décembre 1925, la guérison persiste. Examen radioscopique : la bouche de duodéno-jéjunostomie fonctionne parfaitement. Aucune stase duodénale.

---

## OBSERVATION II

(H. Hartmann-Okinczyć) (observation inédite).

Mme Houl..., 33 ans, entre dans le service de M. le Professeur Hartmann, le 31 mai 1922.

Depuis six ans, la malade souffre de vomissements survenant d'une façon intermittente, se produisant sans efforts. Il y a neuf mois, les vomissements sont devenus plus fréquents et plus pénibles. La malade qui n'avait jamais souffert jusqu'à là, se plaint de sensations de tension à l'épigastre, survenant aussitôt les aliments ingérés. A ces pesanteurs succèdent des brûlures. Ces sensations douloureuses pénibles ne disparaissent

sent que lorsqu'elle vomit, lorsque tout son repas se trouve évacué. Ces troubles sont plus marqués après dîner. La nuit, la malade ne dort que très peu. Elle est soulagée lorsqu'elle se met à plat ventre. Pendant ces derniers mois, à plusieurs reprises, elle signale des vomissements sanglants et l'on a trouvé du sang dans les matières. Examen radiologique : lésion organique probable (ulcère) dans la région juxta-pylorique, avec phénomènes de contractions spasmodiques à ce niveau, ainsi qu'au niveau du duodénum. L'évacuation gastrique se fait d'ailleurs très lentement et incomplètement.

*Première opération* : 9 juin 1922. Rien à l'examen de l'estomac. Le pylore est sain. Mais l'on constate qu'à la partie terminale de la première portion du duodénum et sur la deuxième, il existe une plaque grisâtre avec nombreuses adhérences aux parties voisines. *Gastro-entérostomie postérieure*. On faufile un fil à travers la paroi externe du pylore de manière à le bloquer.

*Suites opératoires* : Dix-huit jours après l'opération, la malade commence à avoir des vomissements de bile, survenant plusieurs fois dans la journée. On supprime le lait, les vomissements cessent. Mais, un mois plus tard, rentrée chez elle, les vomissements bilieux reprennent. La malade est admise à nouveau le 14 septembre, salle Notre-Dame. L'alimentation est impossible, les vomissements contiennent des aliments et de la bile. Examen radiologique : *la bouche fonctionne normalement*.

*Deuxième opération* : 22 octobre 1922. Ockinzyc.

La bouche est perméable. Bride au niveau du pylore : il n'existe pas de trace du blocage qui a été fait. Le duodénum dans toutes ses proportions est dilaté, saillant et paraît écrasé au niveau de sa troisième portion, par le paquet des vaisseaux mésentérique. *Duodéno-jéjunostomie* au niveau de D3.

*Suites opératoires* simples. Guérison de la malade. Les vomissements disparaissent complètement. Elle quitte l'hôpital trois

semaines après l'opération. Le 24 novembre 1924 : la malade n'a plus jamais vomi. Elle travaille comme autrefois. Le 2 décembre 1925, la malade n'a plus jamais ressenti aucun trouble. Elle a engraisé de 15 kgs. Examen radioscopique : fonctionnement correct de la gastro-entérostomie. Au bout de quelques instants, un petit filet de baryte pénètre dans le duodénum, et la bouche duodéno-jéjunale apparaît.

---

### OBSERVATION III

(Pierre Duval)

Nora Ber..., trente-six ans. L'histoire de la malade remonte à 1919. Le sujet fut pris à ce moment de lourdeurs, de pesanteurs survenant après les repas, et soulagées par de fréquents vomissements. Un régime apporta quelque amélioration à cet état. En mars 1920 survint la première crise douloureuse, au cours de laquelle d'abondants vomissements n'apportèrent aucun soulagement au malade. Les crises douloureuses se répètent, et prirent une telle acuité que le sujet dut recourir à la morphine. Un examen radiologique pratiqué en juin 1920 fit aboutir au diagnostic d'ulcère pylorique. Un régime sévère n'empêche pas la venue de nouvelles crises. Une intervention fut décidée en janvier 1921.

*Première opération, 7 janvier 1921.*

Pas d'ulcère du pylore ni de la petite courbure. L'inspection de l'estomac ne montre rien d'anormal. En soulevant le colon transverse, on trouve un angle duodéno-jéjunal coincé entre deux brides sous-mésocoliques. Le mésentère paraît court. On libère les brides et on fait une *gastro-entérostomie*.

Suites. — Après l'opération la malade se trouva bien un mois. Puis les crises recommencèrent chaque fois que le sujet prenait quelque nourriture. Immédiatement après avoir ab-

sorbé des aliments le malade les rejetait en même temps qu'une grande quantité de bile, ni hématomèse, ni méléna.

Il s'ensuivit un affaiblissement progressif du malade. Lorsqu'il entra à la clinique en mai 1924, il pesait 10 kilogrammes de moins qu'au moment de sa première opération.

*Deuxième opération, 7 mai 1924.*

Sténose sous-mésocolique de D3, avec dilatation du duodénum à droite de la mésentérique.

Duodéno-jéjunostomie complémentaire.

8 mai : va très bien.

15 mai : vomissements bilieux la nuit.

22 mai : amélioration de l'état général, qui est franchement bon. Le malade se sent à son aise, les symptômes semblent avoir disparu. Examen radiologique : estomac de dimensions normales. Fonctionnement simultané de la duodéno-jéjunostomie et de la gastro-entérostomie. Passage facile à travers les deux anastomoses. On note cependant un léger degré de stagnation et de dilatation au niveau du genu inferius.

10 juillet 1924 : La malade revient de convalescence considérablement engraisée, et avec un aspect général florissant. Même après les efforts physiques elle ne ressent plus de fatigue. Quelquefois, elle a encore des digestions pénibles, et il lui est arrivé, rarement d'ailleurs, de vomir des aliments non mélangés de bile. Examen radiologique : bon fonctionnement des deux anastomoses. Il ne reste plus trace de stase à l'union de D2 et de D3.

---

#### OBSERVATION IV

(Pierre Duval)

Mademoiselle P., 29 ans.

Souffre de l'estomac depuis 8 ans. Ulcère pylorique.

*Première opération*, 14 février 1924, à Périgueux. Ulcère pylorique. *Gastro-entérostomie*. Tous les troubles présentés antérieurement par la malade persistent. Vomissements alimentaires et bilieux. Amaigrissement extrême. Tension artérielle 8, 7 1/2. Syncopes fréquentes. La peau est sèche. Alimentation absolument impossible.

La malade est amenée d'urgence à Paris. Examen radiologique : ne peut être pratiqué. Véritable état de cachexie familiale. Intervention chirurgicale malgré l'état grave de la malade.

*Deuxième opération*. Anesthésie régionale. Ulcère sur le bord supérieur du canal duodéno-pylorique. Vésicule biliaire et épiploon adhérents. La bouche de gastro-entérostomie est bien faite, placée un peu trop à gauche, mais *parfaitement perméable*. Enorme dilatation de la troisième portion du duodénum. Sténose par le pédicule mésentérique : à ce niveau, ganglions et étoiles de péritonite chronique. *Duodéno-jéjunostomie* sous-mésocolique. Le soir même, la malade a trois selles diarrhéiques dues à la pénétration de la bile dans l'iléon. T° 37°1. Pouls 120. Morte le lendemain matin d'épuisement. Aucune fièvre. Aucune réaction abdominale.

---

## OBSERVATION V

(Pierre Duval)

Mme D... souffrait depuis dix ans de douleurs gastriques qui apparaissaient en général vers minuit, en même temps que des nausées et qu'une sensation pénible de tension épigastrique. De plus, la malade, opiniâtrement constipée, se plaignait de malaises continuels et de migraines intenses, se répétant environ deux fois par semaine.

*Première observation* : En 1921. *Gastro-entérostomie*. Amélioration passagère. Mais bientôt, la malade est reprise de vo-

missemments bilieux répétés, et ses migraines recommencent de plus belle. Examen radiologique (octobre 1922). Forte dilatation des deux premières portions du duodénum, avec mouvements de brassage et antipéristaltisme. Bulbe décentré. Examen des selles : réaction de Weber positive.

*Deuxième opération* : 3 octobre 1923.

Brides péritonéales, d'apparence congénitales, autour du pylore et de la vésicule. Dilatation moyenne de D<sup>3</sup> à droite de la mésentérique. A gauche de cette artère, le calibre du duodénum est normal. *Duodéno-jéjunostomie sous-mésocolique.*

Suites opératoires : Très bonnes, la malade voit ses douleurs et ses vomissements disparaître. Les selles deviennent régulières. En cinq mois, reprise de 7 kilogrammes. Novembre 1923 : La malade va très bien à tous les points de vue. Elle n'a plus jamais vomi depuis l'opération, ses migraines ont presque complètement disparu. Examen radiologique : fonctionnement parfait de l'anastomose.

Juillet 1924 : La malade mange de tout et mène une existence normale. Après des fatigues physiques exagérées (longues courses en automobile), elle a quelquefois des douleurs dans l'hypochondre droit. De temps en temps, au réveil, maux de tête qui disparaissent dès qu'elle se lève. Dans l'ensemble, elle se trouve considérablement améliorée.

---

## OBSERVATION VI

*(Bérard)*

Le 12 juin 1906, entre à l'hôpital de la Croix-Rousse, Mme D., âgée de 32 ans, mariée, sans enfants, depuis longtemps dyspeptique. Il y a huit mois, violentes douleurs au creux épigastrique, avec point dorsal. Ces douleurs ne semblent pas influencées par l'ingestion d'aliments. Vomissements alimentaires irréguliers, le plus souvent immédiatement après

les repas. Jamais d'hématémèse ni de mœlena. Cette femme, très amaigrie, a perdu 16 kilos en 6 mois. Elle est pâle, mais non cachectique. L'examen révèle un estomac clapotant, ptosé, avec un peu de tension épigastrique et une évacuation très lente de la bouillie bismuthée. Le clapotage gastrique se poursuit loin à droite et en bas, jusqu'au voisinage de la région cœcale. Rein droit très mobile avec une ptose générale des viscères abdominaux.

*Première opération.* — La laparotomie sus-ombilicale médiane conduit sur un estomac extrêmement ptosé, avec un sillon au voisinage de la région pylorique que l'on prend pour une cicatrice d'ulcère, donnant un estomac biloculaire. Mais bientôt, on reconnaît que ce sillon répond au pylore, et que c'est le duodénum mobile et très distendu dans ses deux premières portions qui constitue la poche droite et inférieure. L'absence de tout ulcère et de toute cicatrice perceptible, la distension du duodénum prolongée jusqu'aux vaisseaux mésentériques, fait conclure qu'il s'agit d'une coudure du duodénum au niveau de ces vaisseaux comme origine des troubles de canalisation révélés chez cette malade. *Gastro-entérostomie postérieure*, transmésocolique à la suture. On laisse une anse jéjunale libre de 30 cm. environ entre l'origine du jéjunum et l'anastomose.

Les suites opératoires ont été marquées par des accidents graves de *circulus viciosus*, avec vomissements copieux sans élévation de température. Ces accidents cédèrent à deux lavages d'estomac pratiqués à 24 heures d'intervalle.

Tous les troubles fonctionnels disparaissent rapidement ensuite. La malade pendant sept ans peut reprendre ses occupations, éprouvant seulement quelques pesanteurs après les repas, avec, parfois, des régurgitations aigres. Pas de régime spécial. Vers le début de septembre 1913, brusquement, se produisirent de nouveaux accidents qui débutèrent par des pesanteurs épigastriques avec ballonnements après les repas.

Dès douleurs très violentes apparaissent bientôt, immédiatement après ceux-ci pour se prolonger parfois durant deux ou trois heures. Vomissements alimentaires ou acides amenant une sédation appréciable des phénomènes douloureux. Au début d'octobre, les douleurs deviennent continuelles, atroces, aussi bien à jeun qu'après l'ingestion d'aliments ; elles ne sont calmées par aucune application locale, par aucun traitement médical. Au mois d'octobre 1913, cette femme entre dans le service dans un état de maigreur et d'adynamie telle qu'on aurait pu croire à l'évolution d'un néoplasme. Peu de vomissements, mais des douleurs intolérables après l'absorption même fractionnée d'aliments liquides. Aucun soulagement ni par le bicarbonate de soude, ni par le bismuth. L'examen révèle un clapotage intense au-dessus et à droite de l'ombilic, de la tension presque permanente à ce niveau sans péristaltisme visible. Examen radioscopique : après ingestion de bouillie bismuthée, l'évacuation de l'estomac se fait à la fois par le pylore normal et l'orifice de gastro-entérostomie. Mais le bismuth séjourne dans le duodénum.

*Deuxième opération* : 25 octobre 1913. L'anse jéjunale de l'anastomose est distendu et ptosé, comme le duodénum et l'estomac d'ailleurs. La stomie admet deux doigts. *Jéjuno-jéjunostomie complémentaire au bouton.*

Guérison.

*Remarque.* — Bérard signale avoir suivi la technique ancienne de la gastro-entérostomie postérieure transmésocolique en gardant un segment d'intestin de 30 cm. entre l'angle jéjunal et la bouche. Cette technique défectueuse a favorisé les accidents secondaires.

---

## OBSERVATION VII

(Wilkie) (Observation résumée)

Une malade est admise à la clinique dans un état général grave présentant des vomissements subintrants. Le pouls est incomptable. Examen : météorisme abdominal avec sensibilité dans la région épigastrique.

*Opération.* — Grosse dilatation de l'estomac et du duodénum, jusqu'aux vaisseaux mésentériques. *Gastro-entérostomie.*

Malgré sérum sous-cutané et intra-péritonéal, la malade meurt 12 heures plus tard.

*Autopsie.* — Aucune trace de péritonite. Anses grêles, petites; vides, mais congestionnées et présentant quelques ecchymoses. Ces lésions pariétales semblent en rapport avec la compression exercée par le duodénum distendu sur la veine mésentérique.

---

## OBSERVATION VIII

(Wilkie) (Observation résumée)

M. J. B..., âgé 44 ans. A souffert de troubles gastriques graves dès l'âge de 13 ans. Depuis 4 mois, douleurs plus vives. Sensations pénibles dans l'épigastre. Des vomissements soulagent le malade. Souvent, d'ailleurs, la malade a des nausées et vomit sans cause. Le repos au lit et la diète ne provoquent qu'un soulagement passager. Une appendicectomie avec fixation du colon droit très mobile n'améliore pas la situation. Un mois plus tard, une gastro-entérostomie est décidée.

*Première opération.* — Ulcère sténosant pylorique. L'estomac est dilaté. Ses parois sont hypertrophiées. *Gastro-entérostomie postérieure à anse courte.*

Suites opératoires : dès le lendemain, les vomissements se reproduisent. Il s'agit de vomissements bilieux. 17 jours après la première opération, une nouvelle intervention devient nécessaire.

*Deuxième opération* : La bouche est perméable. L'anse afférente contre toute attente, n'est pas dilatée. Néanmoins, *entéro-anastomose entre cette anse et l'anse efférente.*

*Suites opératoires* : Les vomissements persistent. L'alimentation est impossible. De grandes quantités de bile sont rejetées. Affaiblissement progressif. Mort 5 jours après la deuxième opération.

*Autopsie.* — Aucune péritonite. Ulcère sténosant du pylore. Au-delà, le duodénum est considérablement dilaté, sa muqueuse est congestionnée. La dilatation duodénale s'étend jusqu'au pédicule mésentérique. L'entéro-anastomose, au contraire, a été établie à gauche de celui-ci.

---

## OBSERVATION IX

(Spense et Graham)

M. B..., âgée de 19 ans, est admise dans le service du Dr Sherwood. Depuis près d'un an, la malade se plaint de douleurs dans l'hypochondre droit. Ces douleurs se sont exagérées à plusieurs reprises, au cours de crises accompagnées d'un état nauséux. Récemment, crise particulièrement pénible suivie de vomissements. L'examen montre une douleur à mi-distance entre vésicule et appendice. Appendicectomie : appendice présentant des lésions discrètes. L'estomac et le duodénum sont dilatés. Les suites opératoires sont marquées par d'abondants vomissements d'un liquide verdâtre et fluide. Ils cèdent aux lavages d'estomac.

Trois mois plus tard, les douleurs s'installent à nouveau.

Elles ont le même siège, les mêmes caractères. Elles sont continues, mais s'exagèrent au moment des repas. L'absorption d'aliments ne procure aucun soulagement. Depuis trois semaines, la malade est confinée au lit, mangeant peu ou rien, souffrant et vomissant. Examen radiologique : Estomac un peu dilaté. On ne voit pas de bismuth dans le duodénum. Rapidement, la situation devient grave. Constipation absolue. La malade ne rend aucun gaz.

*Opération.* — L'estomac est considérablement dilaté. Le duodénum surtout a un diamètre double, presque triple de son diamètre normal, jusqu'au point où il est croisé par la racine du mésentère. Au-delà, il est collabé et étroit.

Quelques adhérences unissent pylore et foie. Vésicule biliaire normale. Pas d'ulcère ni sur l'estomac, ni sur le duodénum. *Gastro-entérostomie postérieure.*

Suites opératoires : La malade vomit de façon subintrante le premier jour. Deux fois le deuxième jour, une fois le troisième jour. Elle ne vomit pas les 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> jours. Le septième jour, 25 onces d'un liquide vert foncé sont rejetées. Le huitième jour, 16 onces du même liquide. Le neuvième jour, état nauséux, pas de vomissement. Le décubitus ventral soulage la malade. Du dixième au 26<sup>e</sup> jour, elle ne vomit pas. Le 27<sup>e</sup> jour, vomissements abondants : douze onces d'un liquide fluide brun verdâtre. Puis, plus tard, 20 onces du même liquide avec des particules alimentaires non digérées. La malade est à nouveau soulagée par le décubitus ventral et la position génu-pectorale. Huit jours plus tard, elle quitte l'hôpital. Les douleurs disparaissent. Elle engraisse de sept livres, reprend des forces. Six mois plus tard, la guérison persiste.

*Remarque.* — Nous ne retenons pas une deuxième observation de Spence, l'existence d'une infection péritonéale ayant été constatée à l'autopsie.

---

## OBSERVATION X

(Grégoire)

R... (Jules), 62 ans, luthier, entre à Tenon le 9 mai 1922, pour tentative de suicide par l'oxyde de carbone. Il est admis en médecine dans le service de M. Macaigne.

Le malade avait fait cette tentative dans un état de psychasthénie marquée, provoquée par la violence et la persistance de douleurs épigastriques.

Aucun antécédent héréditaire ou collatéral intéressant.

Histoire de la maladie : Début brusque, en mai 1910, par violentes douleurs épigastriques en coup de poignard, survenant deux heures après le repas.

Ces douleurs cessent au bout d'une heure et demie, le malade étant brusquement soulagé par un vomissement très acide.

Ces douleurs réapparaissent souvent dans les mêmes conditions, deux heures après le repas du soir.

Rares au début (tous les quinze jours), ces crises se reproduisent, de plus en plus fréquentes, finissent par devenir quotidiennes. Le malade est examiné plusieurs fois sous écran, et finalement, un chirurgien de Lyon, lui propose une opération qu'il accepte.

*Première opération (1917) : Gastro-entérostomie.*

Suites opératoires simples, aucun régime, disparition complète des douleurs pendant deux mois.

A partir du troisième mois, réapparition des douleurs, d'abord tous les quinze jours, puis tous les huit jours, enfin presque quotidiennement au bout de six mois.

La douleur débute deux heures après le repas (pesanteur dans le flanc droit), maximum trois heures après le repas ; à ce moment, surviennent des vomissements muqueux acides, non alimentaires, non bilieux, peu abondants (un verre environ) ; à partir de ce moment, la douleur diminue lentement,

sans disparaître tout à fait, le malade se plaignant toujours d'un point douloureux para-ombilical droit. De temps à autre, un vomissement le matin.

Somme toute, le malade n'a qu'une courte période de calme le soir, après un repas volontairement léger, et la nuit.

La fréquence des vomissements et des douleurs augmente progressivement, au point de mener le malade au suicide en 1922.

Pendant la période 1917-1922, pas de constipation, ni de diarrhée, selles faciles, pas de méloena, pas d'hématémèses.

Maigrissement de 3 ou 4 kilogrammes depuis 1917.

De médecine, on le passe dans mon service. Examen clinique : malade maigre. Ventre sans voussure, sans tumeur perceptible. La palpation réveille une douleur nette à droite de l'ombilic, au niveau du bord externe du droit. Examen radioscopique. Cet examen, répété quatre ou cinq fois, a montré un estomac petit, hyperkinésique. La bouche gastrique est certainement insuffisante, puisqu'on ne l'a vue fonctionner qu'à un seul examen et une fois seulement, au cours de cet examen.

Par contre, le pylore est légèrement insuffisant. Le bismuth dessine un duodénum dilaté à l'union de D<sup>2</sup>-D<sup>3</sup>.

L'ombre de cette poche duodénale s'arrête nettement à la ligne médiane. On ne constate pas de passage au-delà.

Depuis une dizaine d'année, le malade présente des mouvements choréiformes de tous ses muscles, persistant même pendant le sommeil. Rien à signaler dans les divers appareils.

*Deuxième opération* : 19 mai 1922. A l'ouverture du ventre, je constatai que l'anastomose gastro-jéjunale avait été faite très régulièrement et en bonne place sur la face postérieure de l'estomac et à travers le mésocolon transverse.

A droite du mésentère et au-dessous du colon transverse relevé, une anse énorme apparut. Les médecins du service qui m'avait adressé ce malade et les élèves présents à qui je

demandais ce qu'était cette anse intestinale, répondirent en chœur : le colon. De fait, le duodénum au niveau de sa troisième portion, était tellement dilaté, que je pus, sans peine, faire une *anastomose duodéno-jéjunale* latéraq-latérale à 8 ou 10 centimètres au-dessous de la bouche de gastro-entérostomie.

Les suites opératoires ont été des plus simples, et aujourd'hui, ce malade, complètement débarrassé de ses douleurs et de ses vomissements, ne songe plus à mettre fin à sa vie.

---

## OBSERVATION XI

(Villette)

Une jeune fille de dix-huit ans m'est adressée le 28 janvier 1921, par le D<sup>r</sup> Pruvost, de Bourbourg, pour des douleurs gastriques et des vomissements bilieux.

J'avais vu cette jeune fille deux ans auparavant, atteinte de péritonite tuberculeuse avec ascite, aujourd'hui disparue. La jeune malade se plaint de souffrir de l'estomac depuis un an. Elle vomit tous les jours de la bile en abondance, quatre à cinq heures après les repas. Quelquefois, des aliments sont mélangés à la bile, mais toujours en petite quantité. Il existe de la douleur au creux de l'estomac ; l'appétit est conservé, l'ingestion des repas n'augmente pas la douleur, mais parfois, au contraire, la soulage. Radioscopie gastrique : 28 janvier 1921. Dès la prise du repas baryté, on observe des contractions gastriques violentes et une évacuation très rapide. La forme de l'estomac est du type orthotonique. Je remarque aussitôt que le duodénum est visible en entier et qu'il présente même une dilatation assez considérable de sa troisième portion.

Trois quarts d'heure après le début de l'ingestion, les contractions s'arrêtent, et trois heures après, il reste de la baryte

dans l'estomac. A ce moment, on remarque surtout une boulette de baryte assez volumineuse, séjournant à la jonction de la 2<sup>e</sup> et de la 3<sup>e</sup> portion du duodénum. Cette boulette ne peut passer : elle remonte vers l'estomac à chaque pression de la main, mais ne peut y pénétrer, comme s'il existait un spasme pylorique de défense. Le diagnostic porté est celui de sténose du duodénum au niveau de la corde mésentérique, sténose résultant de l'ancienne péritonite tuberculeuse. Il provoquée par des brides, une mésentérite rétractile ou des ganglions.

*Première opération* : Le 2 février 1921. En raison des nombreuses adhérences d'origine tuberculeuse, il est impossible d'établir une duodéno-jéjunostomie et je dois me borner à exécuter une *gastro-entérostomie postérieure oblique sus et transmésocolique*.

Suites opératoires : normales.

Suites éloignées : La jeune malade s'améliore d'abord visiblement ; les douleurs cessent tout à fait, les forces augmentent, l'appétit est bon, mais les vomissements bilieux reparaissent peu à peu par intervalles pendant des périodes assez prolongées. Ce sont des vomissements bilieux survenant surtout le matin.

La malade est quelquefois près d'un mois sans vomir, puis les accidents reprennent, et c'est ainsi que le 10 août 1921 je la revois, assez inquiète de la persistance de cet inconvénient. Une radioscopie montre le même fonctionnement que le 6 avril dernier ; l'estomac est complètement évacué en une vingtaine de minutes et exclusivement par la bouche de gastro-entérostomie.

Graduellement, la situation s'aggrave. Les vomissements augmentent de fréquence et deviennent alimentaires, en dépit de tous les moyens médicaux mis en œuvre.

Un examen radiologique, le 13 octobre 1921, montre que l'estomac est évacué en dix minutes, que la première anse grêle est fortement dilatée, mais qu'après deux heures le re-

pas baryté est près du cœcum. Peu à peu peu, l'amaigrissement devient important, car la petite malade vomit après tous les repas des aliments mélangés de bile. Seuls, les repas barytés ne sont jamais vomis.

Un dernier examen est pratiqué le 19 novembre 1921. Les 250 grammes de repas baryté sont évacués en sept minutes et atteignent le colon ascendant après trois heures.

Devant la gravité croissante de cette situation, je propose la duodéno-jéjunostomie complémentaire.

*Deuxième opération* : Le 21 novembre 1921.

Les reliquats de péritonite tuberculeuse ont considérablement diminué, si bien qu'il est facile de détacher le grand épiploon de la paroi sous-ombilicale : amélioration due peut-être à la première laparotomie. En relevant cet épiploon et le colon transverse, on voit l'anse jéjunale descendre librement et verticalement de la face postérieure de l'estomac, l'anastomose paraît élargie, et la première anse jéjunale dilatée atteint cinq ou six fois le volume du reste de l'intestin grêle. Elle est rouge, et semble former une poche annexe de l'estomac. Cette dilatation se termine graduellement à 35 centimètres environ de l'estomac, et, à partir de cette distance, l'intestin est vide, blanc, bleuâtre, gros comme le petit doigt. Je vérifie, en dévidant l'intestin grêle, l'absence de tout obstacle sur son trajet.

Le duodénum se voit, considérablement dilaté au-dessous du mésocolon transverse. Il est rouge et épaissi, très accessible dans sa troisième partie et le tiers inférieur de la deuxième partie. Il est facile de dégager suffisamment la deuxième partie et d'amener le duodénum gros comme le poignet à l'extérieur du ventre. Une duodéno-jéjunostomie sus-mésocolique est faite à la pince couplée, environ 6 centimètres au-dessous de la gastro-entérostomie.

Suites opératoires : Très simples. Presque pas de vomissements post-opératoires. Après trois jours, les vomissements

disparaissent d'une manière complète et la malade, constipée jusqu'alors, présente jusqu'à deux et trois selles par jour, sans aucun laxatif. Radioscopie post-opératoire, 9 décembre 1921. Aussitôt après l'ingestion de 200 grammes de gélobarine, l'évacuation s'opère par la gastro-entérostomie. Quelques minutes après, on voit la baryte franchir également le pylore, descendre dans la deuxième partie du duodénum et rejoindre le jéjunum par l'orifice de duodéno-jéjunostomie. L'évacuation complète se fait en vingt minutes environ, dont les trois quarts par l'anastomose et un quart approximativement par le pylore.

L'évacuation de la baryte dans les selles se produit dix-sept heures après l'ingestion.

Suites tardives : L'amélioration devient de plus en plus marquée, si bien que le 15 avril 1922, plus de cinq mois après la duodéno-jéjunostomie, la situation est devenue la suivante : Depuis l'opération, il y a eu en tout trois vomissements alimentaires sans bile ; la sensation de faim est fréquente. La jeune fille mange tous les aliments, elle a de bonnes couleurs. Les règles, disparues depuis un an, sont revenues.

---

## OBSERVATION XII

(Cotte et Carrive)

L..., 32 ans, adjudant au 31<sup>e</sup> Tirailleurs. Marié, un enfant, vivant et bien portant. Aucun antécédent : en particulier, pas de syphilis.

Les premières manifestations gastriques remontent à 1918. Apparues à la suite d'une intoxication par gaz, elles ont revêtu dès ce moment, le type de la dyspepsie hyperthénique, avec douleurs précoces, durant 2 ou 3 heures, et suivies de vomissements alimentaires à la suite desquels le malade se

trouvait soulagé. Ces crises reviennent par périodes, séparées par des intervalles de sédation absolue, sauf quelques accès migraineux terminés par vomissements, une fois par mois tout au plus. On relève des périodes de crises, en 1918, en mai-juin 1919. Crises continues à partir de septembre 1921, et jusqu'en avril 1922.

Le malade est calmé par les alcalins. Jamais de sang dans les vomissements. En avril 1922, l'intensité des douleurs est telle qu'il est admis à l'hôpital Desgenettes. Après mise en observation et examens clinique, chimique et radioscopique, on s'oriente malgré la négativité du Weber vers le diagnostic d'ulcus en évolution. Examen radiologique : estomac ptosé, dilaté dans sa partie inférieure. Evacuation à début précoce, puis se poursuivant normalement. Il existe également un certain degré de ptose du colon. Le transit à travers le gros intestin est ralenti. Les troubles persistent, s'aggravent même ; au bout de deux mois, on décide une laparatomie exploratrice.

*Première opération* : 16 juillet 1922 : Aucune lésion décelable ni sur les différentes zones gastriques, ni sur le duodénum, ni dans la région sous-hépatique. Néanmoins, gastro-entérostomie transmésocolique à la suture.

Bien que les suites opératoires aient été simples, que l'opéré n'ait jamais eu de T<sup>o</sup>, l'intervention n'a amené aucune amélioration, bien au contraire. Les vomissements reparaisent, dès qu'on essaie de reprendre l'alimentation, et même indépendamment de celle-ci. Ils n'ont cependant pas les mêmes caractères qu'avant l'intervention. Ils se produisent sans douleur véritable, mais sont précédés d'une période de malaise avec sensation de tension épigastrique. Ils sont liquides, très abondants, très riches en bile, ne correspondent nullement comme volume aux ingesta, étant constitués par des produits de sécrétion gastrique, duodénale et hépatique. Les lavages d'estomac ne donnent pas de sédation. Seule, la posi-

tion gènu-pectorale maintenue très prolongée après chaque ingestion alimentaire, amène une atténuation sérieuse. Des injections d'atropine agissent manifestement dans le même sens. A aucun moment, on a noté de réaction ni du côté de la plaie opératoire, ni du côté du péritoine. Rien du côté des urines. Seul leur volume varie en raison inverse de celui des vomissements. Ceux-ci amènent une véritable déshydratation; comparable à celle qui s'observe dans les entérites graves cholériformes.

Sans disparaître, les vomissements s'espacent alors, revenant tous les trois ou quatre jours. Le malade gagne 4 kgr. ; il quitte l'hôpital. Sept mois plus tard, en avril 1923, il vient à nouveau consulter. Examen radiologique. *La bouche de gastro-entérostomie fonctionne bien.* Rien ne passe par le pyllore. Le transit à travers l'estomac et le grêle se fait dans des conditions de temps normales. Les vomissements qui persistent sont toujours très fortement teintés en vert foncé, contenant en suspension des parcelles alimentaires.

*Deuxième opération* : 16 avril 1923. Laeparotomie médiane sus-ombilicale. L'anastomose gastro-intestinale fonctionne normalement. Pas de coudure de l'anse anastomosée. Pas de bride, pas de reliquat de péritonite pouvant expliquer un *circulus viciosus*. Le colon décollé est relevé. On voit nettement la corde mésentérique qu'étrangle le duodénum. Sur la droite de celle-ci, le duodénum est dilaté, et on amène assez facilement à son contact la branche descendante de l'anse jéjunale anastomosée à l'estomac. *Duodéno-jéjunostomie sous-mésocolique à la suture.*

Suites opératoires : simples, les <sup>19</sup>vomissements sont taris complètement et le malade peut être considéré comme guéri.

---

### OBSERVATION XIII

(Schmidt et Ohly) (observation résumée)

Femme admise à la clinique dans un véritable état de cachexie. Elle signale des crises diarrhéiques périodiques. Par moments, sensations pénibles dans l'hypochondre droit. Bon appétit, pas de douleurs gastriques. L'examen révèle sous le rebord costal une tumeur ronde, un peu mobile, grosse comme une noix, la vésicule biliaire vraisemblablement. Immédiatement en-dessous, gargouillements dans une zone qui ne répond pas à l'estomac. Légère sensibilité en cette même région. Examen radiologique : duodénum dilaté, dont l'ombre resté visible pendant toute la durée de l'évacuation gastrique. Reste baryté dans le duodénum, quatre heures après l'examen. Injection de baryte à l'aide d'une sonde duodénale : elle montre la dilatation du duodénum maximum au niveau du genu inférius.

*Opération.* — Grosse dilatation du duodénum qui apparaît comme un diverticule de l'estomac. Son volume est celui de l'estomac vide. Le jéjunum a des dimensions normales. *Gastro-entérostomie postérieure* avec exclusion du pylore.

Suites opératoires : normales les premiers jours. L'abdomen est souple, la malade émet des gaz, mais bientôt, elle commence à vomir de la bile. La T° monte un peu, le pouls surtout est petit et accéléré. Mort le sixième jour. Pas d'autopsie.

---

### OBSERVATION XIV

(J. Quenu)

(Observation inédite.)

R... Georgette, 21 ans, domestique. Entrée à l'hôpital de Vaugirard le 13 juin 1924, pour douleurs dans le genou droit. Pas

de lésion visible à la radiographie. Lésion bacillaire du genou probable. Application d'un plâtre. La malade aurait été soignée à Berck en 1921 pour coxalgie. Celle-ci n'a laissé aucune trace. Les mouvements de la hanche ont une amplitude normale.

A côté de ces troubles articulaires, la malade présente un passé gastrique. Elle se plaint depuis l'âge de 8 ans, de crampes, de brûlures à l'épigastre, avec des douleurs irradiées et vertiges après les repas. Elle n'a jamais vomi. Ces troubles ont persisté, s'exagérant par crises. Pas d'hématémèses.

Le 14 juillet 1924, crise violente. La malade souffre de douleurs épigastriques intenses, sourdes, s'exagérant au cours de paroxysmes et irradiant dans le dos et la région lombaire. Des vomissements procurent un certain soulagement. Mais les crises se reproduisent à plusieurs reprises après les repas. On pense à une sténose du pylore.

*Première opération* (août 1924) (Gueullette). Laparotomie médiane sus-ombilicale. Grand épiploon, très adhérent dans la région pelvienne et au péritoine pariétal antérieur. Libération des adhérences. L'estomac est dilaté. Les première et deuxième portions du duodénum sont un peu augmentées de volume. Aucune lésion macroscopique. Suture de la paroi en trois plans.

Après quelques jours d'amélioration, la malade se remet à souffrir et à vomir tout ce qu'elle absorbe. Du 20 au 31 août, l'intolérance gastrique est absolue. Examen radioscopique : arrêt de l'évacuation barytée au niveau du pylore. Antipéristaltisme intense au niveau de l'estomac.

*Deuxième opération* : 1<sup>er</sup> septembre 1924. J. Quenu.

Laparotomie sus-ombilicale. Libération d'adhérences serrées de l'épiploon à la paroi. L'estomac est un peu dilaté. Sur le versant gastrique du pylore, près de la grande courbure, cicatrice étoilée recouvrant une nodosité épaisse. On ne peut faire une gastro-entérostomie postérieure. Le mésocolon trans-

verse est épaissi, rétracté, scléreux, appliquant le colon contre le rachis. *Gastro-entérostomie antérieure pré-colique.*

La malade continue à vomir tout ce qu'elle prend, malgré des lavages d'estomac quotidiens. Les vomissements sont subintrants : amaigrissement extrême, état d'inanition. On porte la malade à la radiographie. Elle est défaillante. Elle a même une syncope au cours de son transport. Examen radiologique : *Grosse dilatation de la deuxième portion du duodénum.* Examen du liquide vomi : présence de bile, acide chlorhydrique libre = 0. Acidité totale = 1,16.

*Troisième opération.* 17 septembre 1924 (J. Quenu).

Malade presque mourante. Laparotomie sus-ombilicale. Adhérences multiples et serrées, dans tout l'étage sus-mésocolique. *Duodéno-jéjunostomie sus-mésocolique.* On abouche la deuxième portion dilatée de duodénum au jéjunum au-dessous de la bouche de gastro-entérostomie antérieure précédemment pratiquée.

Examen d'un fragment d'épiploon prélevé : épiploïte chronique avec néoformations vasculaires, mais aucune lésion spécifique. Dans les jours qui suivent cette intervention, l'état s'améliore progressivement, les vomissements disparaissent complètement. En octobre, quelques crises douloureuses sont notées. Troubles psychiques. En novembre, ballonnement abdominal. à la palpation, on perçoit des masses indurées, mal limitées, et douloureuses à la pression. Traitement par les rayons ultra-violets, du 12 novembre au 6 décembre. Le 17 décembre, apparition de signes méningés : la malade est envoyée au Dr Guillain.

Le 21 août 1925, un an après les accidents graves, la malade est en excellente santé. Elle a engraisé, son état général est satisfaisant, son ventre est souple. Elle n'a plus vomé.

---

OBSERVATION XV

(Kellog)

Miss D. B., 24 ans. Depuis de nombreuses années, la malade souffre d'indigestions, de constipation. Les céphalées sont fréquentes. Crises de vomissements. La malade se plaint de crampes, se produisant dans la partie supérieure de l'abdomen sans rapport avec les repas. Elle a l'habitude de se laver fréquemment l'estomac. En mars 1915, appendicectomie. Cette intervention n'améliore pas la malade.

*En octobre 1915 : gastro-entérostomie.*

La malade est soulagée pendant 18 mois, puis à nouveau, douleurs épigastriques, vomissements alimentaires et bilieux, céphalée.

*En février 1917 : duodéno-jéjunostomie.* Dilatation marquée du duodénum.

Les troubles disparaissent. En 1921, cinq ans après l'intervention, guérison persistante.

---

OBSERVATION XVI

(Kellog)

Miss A... B..., âge 25 ans.

Depuis 1912, douleurs abdominales et crises de vomissements une à deux heures après les repas. Les vomissements sont amers, mais pas de stase alimentaire.

*Première opération : En 1913, gastro-entérostomie.* Soulagement du malade pendant 12 mois. Quelques vomissements surviennent par crises. Il y a six mois, tous les troubles ont à nouveau fait leur apparition. Amaigrissement considérable. Maux de tête et fatigue. Depuis son admission, la malade vomit presque à tous les repas. Examen : hypersensibilité dans

le quadrant supérieur droit de l'abdomen, et dans la fosse iliaque droite. Sécrétion gastrique après repas d'épreuve : normale.

*Deuxième opération* : Janvier 1915. Adhérences entre estomac et vésicule. Le duodénum est très dilaté, la dilatation étant maximum au-dessous du colon transverse. Libération des adhérences, occlusion du pylore. *Duodéno-jéjunostomie*.

Pendant cinq jours, vomissements fréquents. Puis, tous les symptômes disparaissent. La guérison persiste après cinq ans.

*Remarque.* — Le diagnostic ne fut établi qu'après laparotomie. Pour Kellog, il est probable que la lésion existait avant la première intervention, mais elle lui est peut-être secondaire. Les indications de la première gastro-entérostomie n'apparaissent pas clairement.

---

## OBSERVATION XVII

(Kellog)

M. Ta..., 24 ans. Toujours constipé. Indigestions fréquentes, depuis 1913. Une appendicectomie en 1914 n'améliore pas le malade. Actuellement, une heure après les repas, aigreurs avec douleurs vagues. Quelquefois, vomissements acides. Grande fatigue. Céphalées fréquentes. Eructations amères que le malade fait disparaître en provoquant un vomissement. Examen : estomac normal à la palpation. Duodénum dilaté à la percussion. Pas de liquide de stase gastrique. Après repas d'Ewald, acide chlorhydrique libre : 34.

*Première opération* : juin 1918. Ulcère du pylore déterminant une obstruction partielle. L'état du duodénum n'est pas signalé. *Gastro-entérostomie postérieure*, avec exclusion pylorique.

Six jours après l'intervention, le malade commence à vomir de grandes quantités de bile. Les lavages d'estomac, le traitement postural ne procurent aucun soulagement, la situation s'aggrave progressivement. La température est sub-normale. Les urines sont rares.

*Deuxième opération* : Juillet 1918. Pour *circulus viciosus*. Quelques-adhérences sont notées au voisinage de la bouche. Le duodénum n'est pas dilaté, probablement parce que la bile reflue dans l'estomac. *Duodéno-jéjunostomie*.

Guérison.

*Remarque.* — L'examen du malade faisait présumer la présence d'une sténose duodénale avant l'établissement de la gastro-entérostomie. Une duodéno-jéjunostomie aurait dû être pratiquée d'emblée.

---

## OBSERVATION XVIII

(Launay)

Un homme âgé de 50 ans, vient consulter en février 1920. Passé gastrique depuis quinze à vingt ans. Actuellement, signes d'une sténose pyloro-duodénale complète. Etat général très amoindri.

*Première opération.* — En 1920, la laparotomie montre une masse irrégulière et dure englobant la première portion du duodénum près du pylore. Elle est largement et intimement adhérente à la tête du pancréas. Le malade n'étant pas en état de supporter une opération longue et difficile, *gastro-entérostomie*. L'extirpation de la tumeur devait être pratiquée secondairement.

Mais le malade s'améliore tellement après cette première intervention, qu'il refuse la seconde. Le bon état de santé dure pendant quinze mois au cours desquels le malade reprend du

poids largement. Un examen radioscopique montre alors une oblitération permanente du pylore avec un bon fonctionnement de la bouche anastomotique.

Après quinze mois, le malade commence à ressentir quelques douleurs qu'il compare à des torsions survenant environ quatre heures après chaque repas, sans vomissements.

Ces douleurs augmentent un peu, puis le malade perd l'appétit, et, au bout de trois ans d'attente, il revient consulter, de nouveau amaigri. Examen radioscopique : *bon fonctionnement de la bouche anastomotique*. Evacuation très légère « au compte-gouttes » par le pylore. Une nouvelle intervention est proposée, dans l'idée de faire la pylorectomie proposée autrefois.

*Deuxième opération : 13 novembre 1924.*

Plus aucune tumeur. *La bouche anastomotique est bonne et largement perméable*. L'arrière-cavité des épiploons est complètement oblitérée. La première portion du duodénum est collée sous le foie auquel elle adhère intimement provoquant une coudure prononcée du pylore. Sous le colon transverse relevé, on voit nettement un duodénum très dilaté, noirâtre, faisant par le coude des troisième et quatrième portions; une forte saillie sous le mésocolon. *Au niveau de la bouche anastomotique, une bride épiploïque rétrécit légèrement l'anse afférente près de l'embouchure*. Il s'agit donc d'une très forte dilatation duodénale consécutive à un ulcus duodénal de la première portion et provoquée par une sorte d'exclusion incomplète du duodénum par rétrécissement de ses deux extrémités. Une *duodéno-jéjunostomie* est pratiquée entre l'anse dilatée et le jéjunum sous-jacent à l'anastomose. A l'ouverture du duodénum, la bile s'échappe sous pression pendant quelques instants.

Les suites opératoires sont très simples, et le malade sort du service quinze jours après l'opération, digérant facilement, ayant retrouvé son appétit et ne souffrant plus.

## OBSERVATION XIX

(Kellog)

Miss M. R...; âge : 37 ans.

Antécédents :

*Première opération* : En 1915, appendicéctomie et *gastro-entéreséctomie* pour ulcère gastrique.

Il y a deux ans, à plusieurs reprises, indigestions. Celles-ci se répètent bientôt tous les quinze jours. Il s'agit de sensations pénibles dans l'épigastre, dans l'hypochondre droit, et à droite de l'ombilic. A certains moments, véritables crampes. Pendant les crises, l'ingestion d'aliments exagère les douleurs. Etat nauséux fréquent, mais pas de vomissements. Examen : sensibilité dans l'hypochondre droit. Légère contracture abdominale à ce niveau. Rien à l'estomac. Duodénum non décelable. Examen radiologique : léger retard dans l'évacuation gastrique et duodénale.

*Deuxième opération* : En janvier 1918.

*La bouche de gastro-entérostomie est normale. Adhérences à son voisinage. Le duodénum est dilaté dans sa totalité. Duodéno-jéjunostomie.*

Tous les troubles disparaissent. Deux ans après l'intervention, la guérison persiste.

*Remarque.* — L'état du duodénum n'est pas signalé au moment de l'établissement de la gastro-entérostomie. Pour Kellog, la sténose duodénale a été la conséquence des adhérences qui se sont développées après celle-ci.

Consulter quatre observations de Kellog résumées succinctement par l'auteur. Après gastro-entérostomie, ces malades présentèrent des vomissements bilieux. Au cours d'une seconde intervention, le duodénum fut trouvé dilaté. Guérison par duodéno-jéjunostomie.

Consulter également les observations de Tinkham, de Barling, de Macdonald.

## Conclusions

---

1) Les sténoses chroniques incomplètes sous-vatériennes du duodénum sont une cause d'accidents après la gastro-entérostomie. La sténose duodénale existait avant la gastro-entérostomie dans la plupart de nos observations ; quelquefois, elle lui était secondaire.

2) Les accidents sont précoces ou tardifs. Des vomissements bilieux constituent le trouble principal : des sensations douloureuses vagues sont associées à ces vomissements de bile.

3) La sténose duodénale est souvent mise en évidence par l'examen radiologique. La bouche de gastro-entérostomie fonctionne au contraire parfaitement.

4) Au cours d'une nouvelle intervention, il est facile de reconnaître la sténose duodénale. Mais l'exploration du duodénum doit être systématique à droite du mésentère, puis au-dessus du mésocolon. La bouche de gastro-entérostomie est correcte : il est inutile de la modifier.

5) La duodéno-jéjunostomie seule fait disparaître les accidents. Pour les prévenir, il importe de ne jamais

établir de gastro-entérostomie lorsque le duodénum est le siège d'une sténose chronique incomplète sous-vatérienne.

*Vu le Doyen,*

ROGER.

*Vu le Président,*

PIERRE DUVAL.

*Vu et permis d'imprimer :*

*Le Recteur de l'Académie de Paris,*

LAPIE.

---

## Bibliographie

---

- BARLING. — Chronic duodenal ileus. — *Brit. Journ. Surg.*, 1923, t. X, p. 501.
- BÉRARD. — Obstruction du duodénum par ptose et coudure sur les vaisseaux mésentériques. Conditions du maintien de la perméabilité de la gastrojéjunostomie. — *Lyon Médical*, 15 mars 1914, T. 122, p. 599.
- BIRCHER. — Der duodéno-jéjunale Darmverschuss ein selbständiges Krankheitsbild. — *Zentralblatt für Chir.*, 1912, T. I, n° 25, p. 843.
- BLOODGOOD. — Acute dilatation of the stomach. Gastro mesenteric ileus. — *Annals of Surgery*, 1907, t. XLVI, p. 736.
- BLOODGOOD. — Dilatation of the duodenum in relation to the surgery of the stomach and colon. — *Journ. of the Am. Med. Assoc.*, 13 juillet 1912, p. 117.
- CASE. — Observations radiologiques sur le duodénum. — *Journ. rad. et électr.*, 1916-1917, t. II, n° 8, p. 497, Paris.
- CHARRIER. — Rapport de A. Bréchet. Deux observations de sténosé sous-vatérienne. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 25 juin 1924, p. 769.
- COTTE et CARRIVÉ. — Occlusion chronique du duodénum par la corde mésentérique chez un ptosique. Guérison par la duodéno-jéjunostomie secondaire à la gastro-

- entérostomie. — *Société de Chirurgie de Lyon*,  
Séance du 24 mai 1923. — *Lyon-Chirurgical*, 1923,  
T. 20, p. 778.
- P. DELBET. — Occlusion chronique du duodénum par compression mésentérique. Duodéno-jéjunostomie. —  
*Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 23 mars 1920, T. XLVI,  
n° 11, p. 471.
- DELHERM et MOREL KAHN. — Etude radiologique et aperçu  
clinique sur les anomalies de position et de forme  
du duodénum. — *Arch. des mal. de l'app. dig.*,  
mai 1923, t. XIII, n° 5, Masson.
- DELORE MICHON POLOSSON. — De l'oblitération cicatricielle des  
bouches de gastro-entérostomie. — *Revue de Chir.*,  
n° 2, 1924, T. XLIII.
- DELORE. — Réactions péritonéales en chirurgie gastrique. —  
*Revue de Chir.*, n° 6, 1925, p. 405.
- DENECHAU. — Les suites médicales éloignées de la gastro-  
entérostomie au cours de l'ulcère d'estomac et de ses  
complications. — Thèse Paris, 1907.
- DUBOSE. — *Megaduodenum*, 560, sept. 1919, p. 278.
- P. DUVAL, JEAN CH. ROUX et H. BÉCLÈRE. — Etudes médico-  
radio-chirurgicales sur le duodénum, Paris, 1924,  
Masson et Cie.
- P. DUVAL et GATELLIER. — Sténoses chroniques sous-vatérien-  
nes du duodénum par malformation congénitale du  
péritoine, en particulier sténose par compression ar-  
térielle. — *Arch. des maladies de l'app. dig. et de la  
nutrition*, 3 juin 1921, t. XI, Masson, Paris.
- P. DUVAL. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, t. XLVI, 15 juin  
1920, p. 887.
- P. DUVAL et BASSET. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 21 mars  
1922, n° 10, p. 391.
- P. DUVAL et J.-CH. ROUX. — Une cause méconnue de trou-  
bles fonctionnels après gastro-entérostomie. La sté-  
nose incomplète chronique sous-vatérienne pré-

- existante du duodénum. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, T. L, n° 29, p. 1041, 29 nov. 1924.
- I. FINNEY. — *Bull. of the J. Hopkins Hospital*, janv. 1906, p. 37.
- GOLDBERG. — Zur theorie des arterio mesenterial duodenal verschluss. — *Deut. Zritschrift für chir.* Band, 168, p. 319, 1922.
- R. GRÉGOIRE. — Quatre cas d'occlusion chronique sous-vatérienne du duodénum. — *Bull. et Mém. Soc. de chir*, T XLVI, n° 18 ; p. 786, 25 mai 1920.
- R. GRÉGOIRE. — Technique de la duodéno-jéjunostomie. — *Journ. de chir.* t XIX, n° 5, mai 1922.
- VON HABERER. — A propos des occlusions artério-mésentériques. — *Arch. für Klin. Chir.*, B. 132, H. 2, 1924, p. 202.
- VON HABERER. — Der arterio mesenteriale verschluss. — *Erg. der Chir. und Orth.*, 1913, B. V, p. 485.
- VON HABERER. — Beitrag zum arteriomesenteriale Duodenal verschluss. — *Archiv. fur Kl. Chir.*, 1916, B. 108, H. 3, p. 318.
- VON HABERER. — Contribution à l'étude des sténoses duodénales chroniques. — *Archiv für Klinische Chir.*, B. 132, H. 2, 1924, p. 191.
- HALPERT. — Zur Frage des Arteriomesenterialenduodénal-verschlusses. — *Virchow's Archiv. fur path. anatomie und Phys.*, B. 224, p. 439, 1923.
- H. HARTMANN. — Les bouches gastro-intestinales dans les cas de pylore perméable. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 23 juin 1914, T. XL, n° 23, p. 799.
- H. HARTMANN. — Travaux de chirurgie anatomo-clinique. Voies urinaires. — Estomac, Paris, Steinheil, éd., 1903.
- H. HARTMANN. — Tuffier. Discussions sur le fonctionnement de l'anastomose après gastro-entérostomie. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 24 déc. 1907, T. XXXIII, n° 40, p. 1274.

- H. HARTMANN et SOUPAULT. — *Revue de Chir.*, p. 137, 1899.
- JEAN. — La périduodénite et ses rapports avec la maladie d'Arbuthnot Lane. — *Arch. de méd. navale*, 1919, t. 108, p. 321.
- JEAN. — Rapport de M. Savariaud. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, Séance du 9 juin 1920, p. 890.
- G. KELLING. — Über den Mechanismus der akuten Magen dilatation. — *Archiv für Klin Chir.*, B. 64, 1901, p. 393.
- G. KELLING. — Studien zur chirurgie des Magens. — *Arch. für Klin. Chir.*, B. 62, 190, p. 308.
- E. KELLOG. — Diagnosis and treatment of chronic duodénal obstruction. — *S. G. O.*, février 1919, t. I. p. 174.
- E. KELLOG. — Duodenal obstruction with duodeno-jéjunostomy. — *Med. Record*, 1<sup>er</sup> février 1919, t. XCV, p. 215.
- E.-L. KELLOG AND W. KELLOG. — Chronic duodenal obstruction with duodeno-jejunosomy as a method of treatment. — *Ann. of. Surgery*, Vol. LXXIII, juin 1921, p. 578.
- J. MC KENTY. — Traitement opératoire de l'occlusion duodénale chronique. — *S. G. O.*, 1924, t. 38, p. 444.
- KUMMER. — Occlusion chronique de l'angle duodeno-jéjunal. Mobilisation de la 4<sup>e</sup> portion du duodénum, temps préalable de la duodeno-jéjunostomie. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 20 octobre 1920.
- P. LAUNAY. — Dilatation du duodénum consécutive à une gastro-entérostomie pour ulcus duodénal sténosant. Duodéno-jéjunostomie secondaire. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 13 déc. 1924, T. L., n° 31, p. 1094.
- J. LEVEUF. — L'occlusion chronique du duodenum par compression mésentérique. — *Revue de Chir.*, 1920, n° 11, p. 616.
- LECÈNE. — L'occlusion aiguë duodénale post-opératoire. — *Journal de Chirurgie*, 1908, p. 781.

- G. LÖEWY. — Les fistules jéjuno-coliques par ulcère perforant après gastro-entérostomie. — Thèse Paris, 1921.
- M. MACDONALD. — Rapport par T. de Martel. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 6 mai 1925, T. LI, n° 16, p. 531.
- MELCHIOR. — Chirurgie des Duodenum. Neue Deutsche Chirurgie Stuttgart, Enke, édit.
- MÉTIVET. — Remarques sur le fonctionnement des bouches de gastro-entérostomie. — *Presse Médicale*, 28 janvier 1920, p. 73, n° 8.
- G. MIGINIAC. — La duodéno-jéjunostomie, traitement du *circulus viciosus* consécutif à la gastro-entérostomie. — *Toulouse Medical*, 1<sup>er</sup> nov. 1922, 23<sup>e</sup> année, n° 21, p. 852.
- B. MOYNIHAN. — Disappointments after gastro enterostomy. — *Brit. Med. Journal*, 1919, T. 2, p. 33, 12 juillet.
- L.-A. PETIT. — De l'étranglement du duodénum au niveau de la racine du mésentère. — Thèse Paris, 1900.
- REINHARD. — Der arterio mesenteriale Duodenal verschluss. — *Deut. Zeitschrift f. Chir.*, B. 168, p. 319, 1922.
- ROCHET et POLLOSSON. — *Circulus viciosus*. — *Presse Médicale*, 12 septembre 1925.
- SCHMIDT AND OHLY. — Angeborene Erweiterung mit Divertikelbildung des Duodenum. — *Munchner Med. Wochenschr.*, 9 juin 1914, p. 1279.
- SPENCE AND GRAHAM. — Chronic mesenteric ileus with a report of three cases. — *Medical Record*, 13 sept. 1913, vol. 84, p. 473.
- STAUNIG. — Über die Röntgen symptôme der Passage behinderung an der Flexura D. J. — *Wiener Kl. Wochenschr.* 1924, n° 39, p. 1001.
- STAVELY. — Acute and chronic gastro mesenteric ileus with cure in a case by duodeno jejunostomy. — *Bull. of the J. Hopkins Hospital*, 1908, t. XIX, p. 252.

- H. C. TINKHAM. — Chronic arterio mesenteric obstruction of the duodenum. — *The Boston Med. and. Surg. Journal*, 22 mars 1923, vol. 188, n° 12, p. 397.
- J. VILLETTE. — Rapport de R. Grégoire. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, séance du 8 nov. 1922, p. 1129.
- A. WEISS. — Duodéno-jéjunostomie et sténose chronique sous-vatérienne. — *Archives mal. app. dig.*, T. XV, n° 4, p. 318, avril 1925.
- D. P. D. WILKIE. — Chronic duodenal ileus. — *The british Journal of Surgery*, T. 9, 1921-1922, p. 204.
- ZOEPPFELL. — Chronische Arteriomesenterialestenose bei ulcus callosum ventriculi. — *Zentralblatt für Chir.*, 11 août 1923, n° 32, p. 1235.
-